FACULTÉ MIXTE
DE
MEDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

N° 62

Les Sigmoïdites Chirurgicales

(INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

Travail de la Clinique Chirurgicale du Prof. CARCASSONNE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et Pharmacie de Marseille

le 29 Mai 1961

PAR

André-François ZUNINO

Interne des Hôpitaux de Marseille

Né le 19 Novembre 1929 à Marseille

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse	M. le Professeur F. CARCASSONNE	*Président*
	MM. les Professeurs M. SALMON E. HENRY H. MONGES	*Assesseurs*
	M. le Professeur Agrégé J. COMITI	

Imprimerie M. LECONTE
98, Cours Lieutaud, 98
MARSEILLE
— 1961 —

Les Sigmoïdites Chirurgicales

(INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

Travail de la Clinique Chirurgicale du Prof. CARCASSONNE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547028_0063

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

N°

Les Sigmoïdites Chirurgicales

(INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

Travail de la Clinique Chirurgicale du Prof. CARCASSONNE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et Pharmacie de Marseille

le 29 Mai 1961

PAR

André-François ZUNINO

Interne des Hôpitaux de Marseille

Né le 19 Novembre 1929 à Marseille

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

	M. le Professeur F. CARCASSONNE	*Président*
Examinateurs de la Thèse	MM. les Professeurs M. SALMON E. HENRY H. MONGES	*Assesseurs*
	M. le Professeur Agrégé J. COMITI	

Imprimerie M. LECONTE
98, Cours Lieutaud, 98
MARSEILLE
— 1961 —

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : G. MORIN — *Assesseur :* J. DELPHAUT

Secrétaire principal : P. MOUCHET — *Bibliothécaire :* Mlle PERRIN

Secrétaire principal honoraire : J. COMTE.

Professeurs honoraires : MM. AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND, JOYEUX, MONGES, MOIROUD, RIMATTEI, ROCHE, CHAUVIN MATTEI

PROFESSEURS

Anatomie	GRISOLI
Anatomie appliquée et Chirurgie expérimentale	HENRY
Anatomie pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Biochimie médicale	LISSITZKY
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie	DUMAZERT
Chimie analytique	ARNOUX
Chimie médicale	DERRIEN
Chimie minérale	MOURGUE
Clinique chirurgicale	CARCASSONNE
Clinique chirurgicale	LAMY
Clinique chirurgicale	De VERNEJOUL
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	SALMON
Clinique de Chirurgie thoracique	DOR
Clinique d'Endocrinologie	VAGUE
Clinique exotique	BLANC
Clinique des maladies du système nerveux	CREMIEUX
Clinique médicale	AUDIER
Clinique médicale	POINSO
Clinique médicale thérapeutique	OLMER
Clinique des Maladies infectieuses	RAYBAUD
Clinique des maladies des voies digestives et de la nutrition	RECORDIER
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique neuro-chirurgicale	PAILLAS
Clinique obstétricale et gynécologique	CHOSSON
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique oto-rhino-laryngologique	APPAIX
Clinique de Stomatologie	MARONNEAUD
Clinique urologique	N...
Histologie	PICARD
Hygiène et Médecine sociale	SAUTET
Matière médicale	BALANSARD
Médecine expérimentale	DONNET
Médecine légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie chirurgicale	LENA
Pathologie interne	N...
Pharmacologie	MERCIER F.
Pharmacie chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie galénique	DELPHAUT
Physiopathologie des voies respiratoires	LAVAL
Physiologie	MORIN
Physique médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Professeurs sans chaire

MM. ROUX
GREBUS
M. MERCIER J.

Maîtres de Conférences Agrégés

MM. BERNARD Pierre
BOURRET
CORRIOL
CRISTAU
DEPIEDS
DESANTI
MM. GAMBARELLI
GEVAUDAN
PASTOR
PAYAN
STAHL
TAMALET

Agrégés en exercice

MM. BERARD
BERNARD R.
BONNAL
CHARPIN
CHAUVIN
COMITI
DALMAS
DEVIN
FARNARIER
MM. GERARD
LEGRE
MOUREN
ORSINI
REBOUD
SARLES
SERMENT
SIMONIN
TEMIME
TRIFAUD

Agrégés libres

MM. BERTHIER
FIGARELLA
GRANJON
IMBERT
MONGES H.
MM. OLLIVIER
OURGAUD
PAOLI

Chargé des fonctions de Maître de Conférences

Physiologie ..... M. ZWIRN

Chargé des fonctions d'Agrégé

Clinique des Maladies nerveuses ..... M. BOUDOURESQUES
Clinique de Stomatologie ..... M. LACHARD
Médecine légale ..... M. GRAS

IN MEMORIAM

A MA FEMME

Ce travail est le nôtre.
Je le lui dédie en témoignage de mon amour.

A MON PERE

Sa vie fut pour moi un exemple. Son affection me manque.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON ONCLE ET PARRAIN

Au Docteur CHARLES LAHAYVILLE

A MA MERE

A MON FRERE

A MON ONCLE, Monsieur J. POUGET,
et A SA FEMME, MA MARRAINE

Au Docteur et à Madame Joseph DIAS et leur Fils

Au Docteur Aman BERNARD, à sa Femme et à leur Famille

A Monsieur et Madame Jean BONIFAY

A Madame André ZUNINO et à son Fils

A Monsieur et Madame Jean BESSAC et leur Famille

A Monsieur et Madame Jean BRUN

A mon Maître :

Monsieur le Professeur Fernand CARCASSONNE

Pendant mon Externat, des liens amicaux avec votre famille m'ont fait vous connaître. Dès le début de mon Internat, vous m'avez fait l'honneur de me compter parmi vos élèves. Trois semestres dans votre service m'ont fait découvrir que sous l'extrême habileté du grand chirurgien, vous cachiez un cœur de père, et j'ai pu apprécier, lors de circonstances pénibles de ma vie, combien vous étiez bon et votre influence constante sur moi m'a permis de reprendre le cours de la vie de chirurgien. Ce n'est donc pas une simple dédicace qui peut traduire l'attachement filial et respectueux que je vous porte.

A Monsieur le Professeur SALMON

Vous avez été un juge redouté de mon concours d'Internat. Durant deux semestres dans votre service, j'ai trouvé en vous un homme bon pour les malades, les enfants, les pauvres, mais aussi pour ses collaborateurs, et vos conseils, ainsi que vos preuves d'affection, m'ont été très salutaires. Mais c'est surtout votre rayonnement chirurgical, par votre technique efficace, par vos indications opératoires si judicieuses, qui m'a le plus marqué. Je vous dois beaucoup. Vous me faites l'honneur de faire partie de mon Jury de Thèse. Croyez à ma respectueuse et grande affection.

A Monsieur le Professeur E. HENRY

Etudiant à la Faculté, puis plus tard au Laboratoire de Chirurgie Expérimentale, j'ai été séduit par votre enseignement dont la clarté le dispute à l'élégance et à l'érudition. Je sais combien le problème des Sigmoïdites vous intéresse et vous prie de trouver ici l'expression de ma respectueuse admiration.

A Monsieur le Professeur H. MONGES

Vous ne mettez pas de barrière entre la Médecine et la Chirurgie, et l'on vous voit très souvent rôder dans les blocs opératoires, parfois même mettre des gants pour vérifier vos diagnostics à ventre ouvert. C'est cette symbiose médico-chirurgicale qui fait que rien ne vous est étranger en pathologie digestive. Votre place parmi mes juges est donc logique et nécessaire. Je vous en remercie et en suis très honoré.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. COMITI

J'ai apprécié, à travers votre simplicité et votre bonté, la profondeur de votre culture. Rien qu'en vous regardant, avec votre bonhomie et votre éternel petit sourire, il semble qu'il n'existe aucun problème en chirurgie. Votre adresse fait de vous le grand chirurgien que nous connaissons tous.

Au Docteur R. MICHEL-BECHET
Chirurgien des Hôpitaux d'Avignon
Membre de l'Académie de Chirurgie

et à sa Famille

C'est l'amitié qui me lie à votre fils qui m'a fait vous connaître et vous admirer. J'ai passé en votre compagnie des moments trop courts, dominés par votre personnalité associant l'artiste, l'érudit et l'homme de science, toujours à la recherche d'une nouvelle technique. En vous voyant opérer, on ne peut qu'être impressionné par la précision et la minutie de chacun de vos gestes. Je profite de l'occasion qui m'est donnée aujourd'hui pour vous remercier de l'affection paternelle dont vous m'avez entouré. Je vous renouvelle mon grand attachement.

A Monsieur le Professeur A. LENA

J'ai apprécié, à travers la valeur du chirurgien, vos grandes qualités de cœur. Je vous remercie de la bienveillante attention que vous m'avez toujours accordée et je vous prie de trouver ici l'expression de mon très respectueux dévouement.

Au Docteur L. ARTAUD
Chirurgien des Hôpitaux

Vous m'avez accueilli un semestre comme externe et deux semestres comme interne dans votre service, avec une bonté toute paternelle. Je suis heureux que l'occasion me soit offerte aujourd'hui de pouvoir vous exprimer ma profonde gratitude et mon très respectueux dévouement.

Au Docteur A. ESCARRAS
Chirurgien des Hôpitaux de Toulon

Au Docteur Y. CARCASSONNE
Médecin des Hôpitaux

A Madame F. CARCASSONNE

A mes Maîtres de la Faculté.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Monsieur le Docteur L. ARTAUD,
Monsieur le Professeur DE VERNEJOUL,
Monsieur le Professeur BRAHIC,
Monsieur le Docteur TURRIES,
Monsieur le Docteur PERIOT *(in memoriam)*
Monsieur le Professeur J. OLMER,

dont j'ai eu l'honneur d'être l'Externe.

Monsieur le Professeur BRAHIC,
Monsieur le Docteur PERIOT *(in memoriam)*
Monsieur le Professeur J. DOR,
Monsieur le Docteur M. ARNAUD,

dont j'ai eu l'honneur d'être l'Interne faisant fonction.

Monsieur le Professeur J. CHOSSON,
Monsieur le Professeur J. OLMER,
Monsieur le Docteur L. ARTAUD,
Monsieur le Professeur M. SALMON,
Monsieur le Professeur Agrégé J. FIGARELLA,
Monsieur le Professeur F. CARCASSONNE,
Monsieur le Professeur R. DE VERNEJOUL,

dont j'ai eu l'honneur d'être l'Interne.

A tous ceux qui m'ont préparé aux Concours :

Le Docteur M. CARCASSONNE,
Chirurgien des Hôpitaux

Le Docteur C. RAYBAUD,

pour l'Externat.

Le Docteur M. CARCASSONNE,

Le Docteur S. GELLER,

Le Docteur J. EYMERY,
Chirurgien des Hôpitaux d'Antibes

Les Docteurs BERNARD et CODACCIONI.

Le Docteur Y. CARCASSONNE,
Médecin des Hôpitaux

pour l'Internat.

Au Docteur Michel CARCASSONNE
Chirurgien des Hôpitaux

Vous avez été pour moi un aîné et un ami. Je vous suis redevable de tout, puisque vous m'avez formé pour l'Externat, puis pour l'Internat et dirigé pour cette Thèse. J'aurai encore besoin de vous et de vos réprimandes, mais je sais que votre rudesse cache une grande bonté, qui m'a souvent redonné la confiance nécessaire pour continuer la voie que vous m'avez tracée. Votre dynamisme, votre amour de la discussion, votre enseignement limpide, votre brio opératoire font qu'auprès de vous, tout paraît simple. Permettez-moi de rester dans votre sillage et soyez assuré de mon grand attachement et de mon amitié.

A mes Amis :

Le Docteur et Madame Pierre de VERNEJOUL,
Le Docteur et Madame Y. MICHEL-BECHET,
Monsieur et Madame Pierre LAINE,
Le Docteur et Madame L. GALINIER,
Le Docteur et Madame G. MERITE,
Monsieur et Madame G. VIMONT-VICARY,
Le Docteur et Madame J. WILSON,
Monsieur et Madame C. COQUILLAT et leurs Familles.

A Madame Colette SOLER et sa Famille
A Monsieur et Madame Ch. VIMONT-VICARY
A Madame ROQUES et sa Famille
A Monsieur et Madame SARDOU
A Monsieur et Madame H. CANTEL-CHASTAN
A Monsieur et Madame J. GARDAIR
A la Famille CHAIX et MOURRE
A Madame ABOUDARAM et ses Enfants
A Madame et Monsieur ESPINOSA

A mes Camarades de l'Internat et en particulier
à Mademoiselle Cl. PERPERE,
à Monsieur J. DAVID.

Au Personnel
de la Clinique Chirurgicale du Professeur CARCASSONNE :

à Mademoiselle SANTINI et à Mademoiselle SOUQUE

Au Laboratoire DIAMANT
pour l'aide apportée à l'élaboration de ce travail.

Les Sigmoïdites Chirurgicales

(INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES)

(Travail de la Clinique Chirurgicale
du Professeur CARCASSONNE.)

PLAN

1. — NOS OBSERVATIONS.
2. — DEFINITION.
3. — GENERALITES.
4. — HISTORIQUE.
5. — ETIOLOGIE :
   - — Etiologie générale.
   - — Etiologie particulière.
6. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE :
   - — Etude macroscopique générale.
   - — Etude détaillée.
   - — Formes associées au cancer.
7. — ASPECTS CLINIQUES :
   - — Sigmoïdites aiguës.
   - — Sigmoïdites chroniques.
   - — Sigmoïdites compliquées.
8. — DIAGNOSTIC :
   - — Diagnostif positif.
   - — Diagnostic différentiel.
9. — TRAITEMENT :
   - — Méthodes.
   - — Indications.
   - — Résultats.
10. — CONCLUSIONS.
11. — BIBLIOGRAPHIE.

NOS OBSERVATIONS

Elles sont au nombre de 64, réparties ainsi :

1) *Formes aiguës* ..... *9 cas*
Observations : 2, 3, 9, 10, 18, 19, 23, 56, 57.

2) *Formes hémorragiques* ..... *3 cas*
Observations : 16, 24, 26.

3) *Formes perforées* ..... *15 cas*
Observations : 1, 8, 14, 20, 28, 29, 32, 40, 41, 42, 47, 49, 52, 53, 55.

4) *Formes abcédées* ..... *2 cas*
Observations : 38, 43.

5) *Formes fistulisées dans la vessie* ..... *3 cas*
Observations : 6, 7, 62.

6) *Formes pseudo-néoplasiques* ..... *28 cas*
Observations : 4, 5, 11, 12, 13, 21, 22, 25, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 44, 45, 46, 48, 50, 51, 54, 58, 59, 60, 61, 63, 64.

7) *Formes associées au cancer* ..... *4 cas*
Observations : 15, 17, 27, 31.

OBSERVATION N° 1. (Clinique chirurgicale du Professeur CARCASSONNE.)

« Perforation d'une Sigmoïdite gangréneuse. »

M. Gen..., 31 ans, emballeur. Aucun antécédent pathologique.

— En novembre 1955, les troubles commencent par des crises douloureuses, le matin, au niveau de l'abdomen. Il est traité pour entérocolite ? par du charbon ; aucun résultat.

— A partir d'Avril 1956, apparition de sang dans les selles : sang rouge. Le malade pense que ce sont des hémorroïdes. En même temps, les crises douloureuses continuent ; les selles sont glaireuses, sanguinolentes. Il est vu par un médecin qui lui fait de la diathermie pendant trois semaines. Résultat néant.

— Le 15 juin 1956, une rectoscopie est pratiquée. Elle montre : « à 13 centimètres, sur tout le pourtour, l'existence de gros bourrelets polypeux, œdématiés, inflammatoires, ne saignant pas au contact ».

— Le même jour, un lavement baryté est pratiqué (radio n° 1). Il montre une longue sténose de type inflammatoire du rectosigmoïde.

Observation 1 — Radio N° 1

— Le 28 mai 1956, le malade entre dans le Service du Professeur RECORDIER, à la Timone. Il commence par maigrir de 8 kg. Pendant son séjour, on pratique de la diathermie. A la 5e séance, crise douloureuse abdominale basse, fébrile. Il est vu par le Professeur GRANJON.

— Le 24 juin 1956, il présente un syndrome péritonéal généralisé, avec perception d'une masse de la fosse iliaque droite et de l'hypogastre.

Observation 1 — Radio N° 2

Première intervention en urgence (Professeur GRANJON) :

1) Médiane sous-ombilicale. Issue de pus et de matières venant du petit bassin. Colmatage spontané assez maigre. Evacuation du pus, mise en place de deux mèches et d'un drain n° 35. Fermeture au fil d'acier. 2) Anus transverse droit sur baguette. Issue de pus par cette incision. Fausses membranes de partout.

— Du 25 juin au 25 juillet 1956, amélioration importante sous traitement médical (Néomycine). Reprise de l'état général, transit normal, l'anus fonctionne bien.

— Le 19 juillet 1956 : radiographies. Le lavement opaque est administré par voie basse (radio n° 2) et par l'anus transverse droit (radio n° 3). Les radiographies montrent la persistance des signes inflammatoires et la perforation, la baryte se répandant largement en dehors du côlon.

Observation 1 — Radio N° 3

— Le 24 août 1956 : syndrome occlusif nécessitant une deuxième intervention. C'est une occlusion du grêle. Médiane sous-ombilicale circonscrivant, à sa partie inférieure le trajet fistuleux. A l'ouverture du péritoine apparaissent des anses grêles plates voisinant avec des anses dilatées et recouvertes de petites granula-

tions. On recherche la nature de l'obstacle qui consiste en une agglutination de deux à trois anses grêles dans le petit bassin. L'obstacle porte sur la partie distale du grêle. Devant l'impossibilité de désagglutiner le grêle, on pratique une anastomose latéro-latérale entre la dernière anse dilatée et la première anse plate qui se dirige vers le cæcum. Fermeture en trois plans au fil métallique, une mèche dans le trajet fistuleux dans la partie basse de l'incision.

— Le 30 août 1956, le transit reprend et se normalise durant quelques temps.

— Le 24 septembre 1956, nouveau syndrome occlusif. Mise en place d'une aspiration duodénale continue, de même qu'une aspiration par l'anus transverse.

— Le 25 septembre, persistance et augmentation du syndrome occlusif. Une radiographie sans préparation montre des images hydro-aériques.

— Le 27 septembre, troisième intervention qui consiste en une iléostomie.

L'état général va dès lors en décroissant de jour en jour.

Décès le 9 novembre 1956.

OBSERVATION N° 2. (Clinique chirurgicale du Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite diverticulaire. »

Mme Ora... entre dans le Service du Professeur CARCASSONNE le 24 décembre 1957, avec un syndrome d'entérocolite et amaigrissement.

Le 9 janvier 1958 : radiographies (radios n° 4 et 5) montrant une sténose longue de cinq centimètres, avec aspect en barbelé. Pas de diverticules. Muqueuse apparemment saine.

Observation 2 — Radio N° 4

Traitement médical : repos, glace sur l'abdomen. Néomycine Diamant : 1,50 g par jour. Antispasmodiques.

Le 24 janvier 1958, nouvelle radio après un mois de traitement (radio n° 6). Réapparition de l'aspect frisé normal du sigmoïde. Apparition de deux diverticules. Pas d'altérations pariétales.

Amélioration, puis guérison persistante.

Observation 2 — Radio N° 5

Observation 2 — Radio N° 6

OBSERVATION N° 3. (Docteur TEITELBAUM et Professeur H. MONGES.)

« Sigmoïdite diverticulaire. »

Mme Lei.., 61 ans. Depuis six ans, syndrome d'entérocolite. Le médecin traitant, à cause d'un amaigrissement récent, prescrit des radiographies.

Observation 3 — Radio N° 7

Le lavement baryté est pratique le 9 juin 1959, il montre (radio n° 7) une sténose serrée laissant cependant passer la baryte. Pas de diverticules. Le liséré muqueux est sain. Mais l'insufflation (radio n° 8) montre qu'il s'agit d'une sigmoïdite diverticulaire : trois diverticules apparaissent. On élimine un cancer.

Traitement médical : Néomycine (2 g par jour), antispasmodiques, charbon. La malade va beaucoup mieux. Reprise de l'état général et du poids

Observation 3 — Radio N° 8

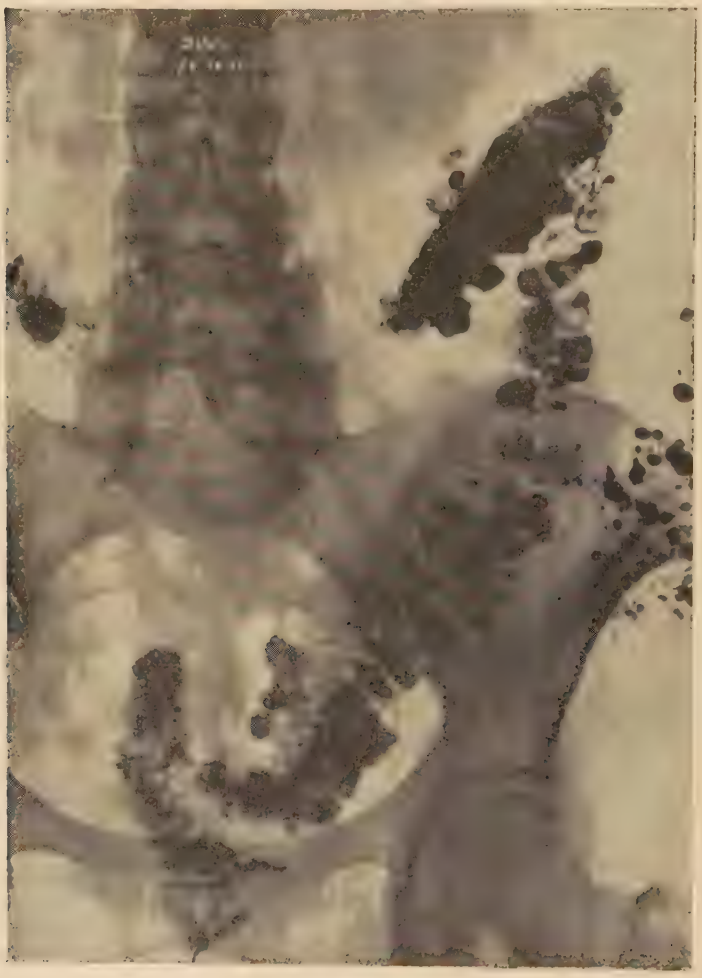
De nouvelles radiographies montrent une amélioration très nette, deux mois après, mais la zone de sigmoïdite persiste.

Le Professeur CARCASSONNE propose une dérivation externe, mais la malade refuse et part à Paris.

OBSERVATION N° 4. (Professeur H. MONGES et Professeur E. HENRY.)

« Sigmoïdite diverticulaire avec tumeur inflammatoire. »

Mme Duv... Sigmoïdite diverticulaire connue de longue date (radio n° 9), du 28 octobre 1957.



Observation 4 — Radio N° 9

En juillet 1959, hémorragies, anémie, baisse importante de l'état général. Tumeur importante et palpable dans la fosse iliaque gauche, perçue par le toucher vaginal et le toucher rectal. Le 20 juillet 1959 (radio n° 10) : sténose totale du sigmoïde, œdème du segment intestinal. Pas de diverticules.

Première intervention : Anus transverse droit. Traitement médical (Néomycine). Aucune amélioration, au contraire baisse de l'état général, faisant penser à une dégénérescence, aussi :

Observation 4 — Radio N° 10

Deuxième intervention. Résection du sigmoïde, avec anastomose latéro-terminale.

Les suites sont très troublées, avec syndrome occlusif. Trois semaines après occlusion du grêle, pas de niveaux liquides à la radiographie, mais reflux et vomissements. L'aspiration duodénale continue fait cesser ce syndrome, mais décès dans un tableau d'urémie que rien n'a pu faire céder (azotémie : 2 g).

OBSERVATION N° 5. (Professeur H. MONGES.)

« Sigmoïdite diverticulaire tumorale. »

M. Cha... consulte le Professeur MONGES pour un syndrome occlusif fébrile.

Observation 5 — Radio N° 11

Perception d'une masse importante, dure, mal limitée, sensible de la fosse iliaque gauche, perceptible au toucher rectal.

Le 24 août 1953, lavement baryté (radio n° 11) montrant une sténose en entonnoir, trois diverticules en amont et un diverticule en aval.

Le diagnostic de sigmoïdite diverticulaire étant posé, on institue un traitement médical qui amène une amélioration importante et une reprise du transit.

Nouvelle radiographie après traitement (radio n° 12). Reperméabilisation du sigmoïde. Aspect inflammatoire sur plusieurs centimètres Diminution de la sténose que l'on devine en double contour. Diminution des phénomènes diverticulaires.

Actuellement, le malade va bien.

Observation 5 — Radio N° 12

OBSERVATION N° 6. (Professeur H. MONGES.)

« Sigmoïdite diverticulaire, avec fistule sigmoïdo-vésicale et tumeur villeuse du rectum. »

Mme Rem..., 87 ans.

Malade venue consulter en 1957 pour troubles du transit anciens, avec périodes de subocclusion fébriles. Apparition récente de phénomènes évocateurs, après une crise douloureuse. « Lorsque la malade mange des épinards, elle urine vert, ou lorsqu'elle prend du charbon, elle urine noir... »

Observation 6 — Radio N° 13

Le 21 janvier 1957, lavement baryté (radios nos 13 et 14).

Image en brosse du bord droit de l'ampoule rectale avec une lacune (tumeur villeuse probablement dégénérée). Volumineux diverticules, mais surtout magnifiques images d'injection de la vessie par la baryte passant par la fistule.

Vu l'âge de la malade, on se contente d'un traitement médical : Néomycine et désinfectants urinaires. Décès probable.

Observation 6 — Radio N° 14

OBSERVATION N° 7. (Professeur agrégé J. COMITI.)

« Sigmoïdite diverticulaire avec fistule sigmoïdo-vésicale. »

M. Gin..., 48 ans, bijoutier.

Malade soigné depuis l'enfance pour coliques néphrétiques et colite.

En 1951 et 1952, périodes fébriles et de sub-occlusion ; il dit lui-même : « J'ai un abcès dans l'intestin ».

Le 17 avril 1951, lavement baryté, considéré comme normal par le radiologue. En fait, œdème important de tout le sigmoïde. Présence de diverticules. Muqueuse normale.

En même temps, l'examen des selles et des urines se révèle normal (radio n° 15).

En septembre 1951, apparition de signes urinaires. Ténesme. Dysurie.

Observation 7 — Radio N° 15

Le 1er octobre 1952, Cystoscopie (Docteur BARTHÉLEMY) : « Vessie normale, mais en haut et à gauche, la muqueuse est déplissée par une masse rétro-vésicale. C'est une histoire qui me paraît non urologique. »

En mars 1952, signes urinaires importants. Pollakiurie. Crises douloureuses fébriles. Urines troubles, avec présence de débris.

Subitement, le 31 mars 1952, un après-midi : douleurs pelviennes très vives, pneumaturie, fécalurie. Le malade dit lui-même « avoir un abcès perforé dans le ventre et dans la vessie ».

Le médecin lui prescrit du charbon qui ressort par les urines.

Le soir même, intervention (Pr COMITI et Pr CHAUVIN) pour une Sigmoïdite tumorale perforée dans la vessie :

1) sur le côlon, résection immédiate. Abouchement des deux bouts à la peau en canon de fusil.
2) sur la vessie, excision de la zone fistuleuse. Fermeture de la brèche en deux plans. Sonde à demeure.

Traitement post-opératoire : Néomycine, 1,50 g et Streptomycine, 1 g par jour.

Suites très satisfaisantes.

Le 13 juin 1952, trois mois après, fermeture de l'anus.

Guérison. Revu en 1960, état parfait. Transit et mictions normaux. Ne suit aucun régime ; aucune gêne professionnelle.

OBSERVATION N° 8. (Professeur agrégé J. COMITI.)

« Sigmoïdite perforée avec abcès péri-sigmoïdien. »

M. Nie... Le 11 juillet 1952, syndrome péritonéal aigu ayant débuté il y a sept jours. Plastron médian. Température à 39°. Pas d'arrêt des matières et des gaz.

Incision médiane sous-ombilicale : il s'agit d'une Sigmoïdite perforée avec abcès péri-sigmoïdien, le tout bloqué par le grand épiploon. Sigmoïde cartonné sur 20 centimètres de long. Vidange de l'abcès. 2 millions de pénicil., 2 g de strepto. localement. Drain et mèches. Anus transverse droit. Pénicil. 2 M., strepto. 2 g par le drain.

Le 13 octobre 1952, fermeture intra-péritonéale de l'anus transverse. Le lavement baryté a montré l'intégrité du sigmoïde.

Guérison.

OBSERVATION N° 9. (Professeur agrégé J. COMITI.)

« Sigmoïdite diverticulaire aiguë. »

Mme Sou..., 72 ans. Diverticulose colique connue depuis trois ans.

Le 13 mars 1959, douleur abdominale violente, avec température à 39°.

Le 21 mars 1959, crise plus importante, avec arrêt des matières depuis lors, mais reprise des gaz.

Le 23 mars 1959, à l'examen, l'abdomen est très douloureux à la palpation. Pas de défense.

Diagnostic : poussée de Sigmoïdite diverticulaire aiguë.

Traitement : glace. Antibiotiques : Néomycine, 1,50 g par jour et antispasmodiques.

Guérison.

OBSERVATION N° 10. (Professeur agrégé J. COMITI et Docteur A. MONGES.)

« Sigmoïdite diverticulaire aiguë. »

Malade traitée depuis 20 ans pour colite.

Depuis quinze jours, crises douloureuses abdominales gauches subintrantes, avec alternative de diarrhée et d'arrêt des matières et des gaz, vomissements.

Le 5 février 1959, radiographie révélant de multiples diverticules du sigmoïde et du descendant. Depuis cet examen, la malade souffre davantage et présente une température aux alentours de 39° et un arrêt complet des matières. Une injection de Prostigmine le 8 provoque des vomissements importants. Elle est vue le 8 février 1959 par le Docteur A. MONGES, à 21 heures, qui conseille l'hospitalisation avec le diagnostic de Sigmoïdite diverticulaire aiguë.

Traitement : glace, antibiotiques (Néomycine : 1,50 g) et antispasmodiques.

A la suite du traitement, apparition de selles spontanées.

Disparition de la fièvre, disparition du boudin. La malade sort en parfait état.

OBSERVATION N° 11. (Professeur agrégé J. COMITI.)

« Sigmoïdite avec péri-sigmoïdite pseudo-néoplasique. »

M. Bel..., 64 ans, entre à la clinique le 25-11-1954 avec des douleurs hypogastriques violentes, vomissements et température à 39°.

A l'examen, on sent une tumeur douloureuse de la fosse iliaque gauche entourée d'une défense nette.

Intervention le même jour : Médiane sous-ombilicale. Lésion sigmoïdienne, paraissant néoplasique. On pratique une résection avec abouchement des deux bouts à la peau. Parage de la cavité abdominale. Pénicilline, streptomycine locaux. Petit drain dans le Douglas ; instillation post-opératoire quatre fois par jour par ce drain de pénicilline : 3 millions, streptomycine : 1 g, tifomycine : 2 ampoules. De plus, antibiotiques par voie générale.

Décès le 5e jour, dans un tableau d'iléus paralytique, malgré aspiration duodénale correcte. Perfusion de sérum salé et de plasma.

Mort en hyperthermie et collapsus.

L'examen histologique (Pr Picard) montre qu'il s'agissait d'une Sigmoïdite.

« Comme l'examen macroscopique pouvait le faire prévoir, la muqueuse est de structure normale, elle est seulement le siège d'une discrète infiltration leucocytaire inflammatoire. Celle-ci est un peu plus marquée dans la sous-muqueuse et dans la tunique musculaire, qui est en partie dissociée, mais l'inflammation est surtout développée dans le tissu conjonctivo-adipeux du méso. Elle est alors constituée presque exclusivement par des polynucléaires et s'accompagne d'une infiltration œdémateuse massive. Il existe, enfin, des foyers de suppuration. A part ces lésions inflammatoires qui sont considérables, il n'existe aucun signe suspect de prolifération tumorale.

OBSERVATION N° 12. (Professeur agrégé J. Comiti.)

« Sigmoïdite diverticulaire avec méso-sigmoïdite pseudo-néoplasique. »

Mme Rem..., 75 ans.

Malade amenée à la clinique pour une sub-occlusion fébrile, avec perception d'une tumeur de la fosse iliaque gauche. Le lavement baryté (radio n° 16) montre un rétrécissement étendu du sigmoïde sur plusieurs centimètres. Muqueuse d'aspect normal, petite spicule pré-inflammatoire (1er stade de la diverticulose).

Intervention le même jour : Médiane sous-ombilicale avec le diagnostic de cancer du sigmoïde. Il s'agit d'une tumeur du sigmoïde avec méso infiltré d'une longueur de 15 centimètres. Hémi-colectomie gauche, débridement de l'angle gauche, anastomose latéro-latérale en deux plans. Petit drainage par une contre-incision iliaque. A l'ouverture de la pièce, il s'agit d'une Sigmoïdite diverticulaire.

L'examen histologique confirme le diagnostic (Pr Picard) : « Les divers fragments montrent un méso densifié, d'une part par la présence de plusieurs petits ganglions lympathiques, et d'autre part par un remaniement scléro-inflammatoire du tissu adipeux. Il s'agit d'une inflammation banale de type aigu ou subaigu, avec parfois des plasmocytes dans les infiltrats leucocytaires. Absence de tout élément néoplasique. Cette inflammation diffuse, sans foyer, peut effectivement se rencontrer dans le méso, à grande distance de l'instestin, au cours des Sigmoïdites inflammatoires banales ».

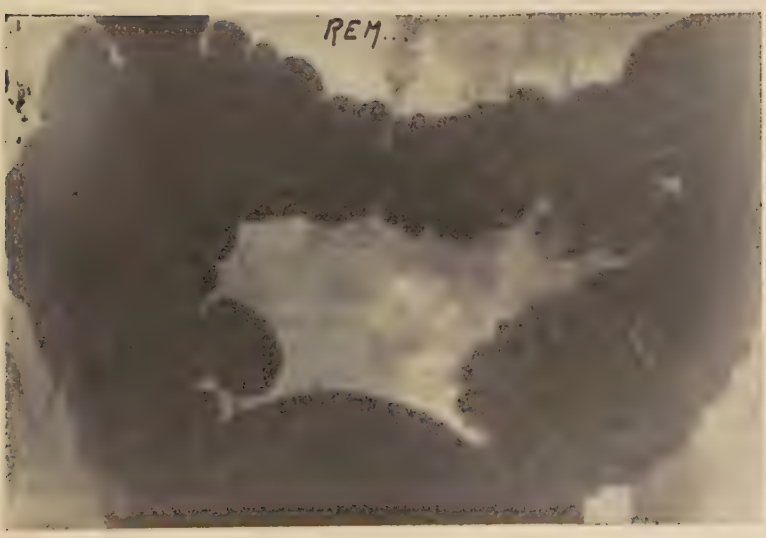
Suites opératoires simples, selles le 4e jour.

Traitement post-opératoire : Néomycine *per os*, 2 g par jour.

Radiographies de contrôle secondaires (radio n° 17) : Anastomose normale du côlon, Disparition des images diverticulaires et inflammatoires.

Guérison se maintenant.

Observation 12 — Radio N° 16



Observation 12 — Radio N° 17

OBSERVATION N° 13. (Service du Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite aiguë, à forme tumorale, prise pour une appendicite au début, fistule sigmoïdo-iléale probable. »

Mme Rom..., 73 ans.

Malade amenée en urgence pour un syndrome douloureux abdominal de type appendiculaire, le 16 octobre 1957.

On intervient immédiatement : incision de MAC BURNEY. L'appendice est légèrement augmenté de volume et inflammatoire. Mais il existe, à bout de doigt, une volumineuse tumeur adhérente à la dernière anse iléale, vraisemblablement sigmoïdienne. Etant donné l'âge de la malade et son mauvais état général, et du fait, qu'elle n'est pas en occlusion, on referme en trois plans.

Observation 13 — Radio N° 18

Lavement baryté secondaire le 18-11-1957 (radio n° 18) : « Sigmoïdite typique avec image en feuilles de fougère. Trajet sigmoïdo-iléal visible ».

Le 23-11-1957 : occlusion avec tumeur inflammatoire palpable de la fosse iliaque gauche. On intervient le 25-11-1957 : « Anus transverse droit. Incision para-rectale droite. Extériorisation du transverse que l'on fait passer à travers le grand épiploon. Maintien de cette extériorisation par une baguette de verre. Fermeture.

Décès huit jours après, le 3 décembre 1957.

OBSERVATION N° 14. (Service du Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite abcédée et perforée au cours d'un traitement par le Cortancyl. »

Mme Fer.... 71 ans.

La malade vient du Service du Professeur OLMER, où elle était traitée depuis le 10 janvier 1959 pour un asthme intriqué par A.C.T.H. et Cortancyl (40 mg par jour, puis 20 mg). Elle présente un syndrome abdominal aigu d'apparition récente ; arrêt des matières et des gaz depuis 48 heures.

Observation 14 — Radio N° 19

A son arrivée dans le service le 7-2-1959, on note une distension abdominale importante. Pas de douleurs, ni de nausées, ni de vomissements. Température à 39°. Très mauvais état général avec oligurie, c'est une obèse chez laquelle la palpation décèle des douleurs très violentes dans la fosse iliaque gauche avec empâtement profond mal limité.

On apprend alors que la malade présentait des périodes de ballonnement depuis 2 à 3 ans, avec douleurs épigastriques, suivies de débâcles de selles et de gaz. Dix jours auparavant, elle a présenté des douleurs abdominales avec épreintes et une poussée hémorroïdaire importante et constipation et fièvre. Ceci a duré 3 jours, puis les signes s'amendent pendant 2 à 3 jours. Nouvelle poussée de constipation de 2 à 3 jours, qui s'amende de même. Une 3e poussée a nécessité son passage dans notre service.

On attend en glaçant la malade et en lui donnant de la Néomycine (1,50 g) et Pénicilline, 2 millions, plus Streptomycine, 1 gramme. Le lendemain, amélioration avec débâcle faite de cinq selles liquides, abondantes, nauséabondes. Etat général meilleur.

Le 2-3-1959, un lavement baryté montre (radio n° 19) une sténose sigmoïdocolique sur 3 centimètres avec un diverticule. Pas d'autres diverticules visibles.

L'état reste stationnaire avec toujours cette douleur de la fosse iliaque gauche.

On intervient le 13-3-1959. Incision para-rectale gauche. On découvre une énorme masse tumorale sur le descendant, très adhérente en arrière dans la région urétérale, il existe juste au-dessus un bloc fibro-cicatriciel, probablement un abcès (perforation). Vu l'état général et devant l'importance des lésions, on fait une anastomose interne transverso-sigmoïdienne latéro-latérale en deux plans. Fermeture de la paroi en un plan.

Suites troublées. Désunion pariétale avec fistule stercorale, poussées hémorroïdaires très importantes.

Un contrôle radiologique, le 24 avril, montre que l'anastomose fonctionne bien, mais que c'est la perforation qui donne.

Décès le 10-5-1959, dans un tableau de pyrexie et de fonte rapide de l'état général. Il a été impossible de pratiquer l'autopsie de cette malade.

OBSERVATION N° 15. (Service du Professeur SALMON.)

« Sigmoïdite diverticulaire avec signes urinaires et fibro-sarcome du fémur. Sigmoïdite et cancer probable. »

Mme Oli..., 63 ans.

Malade hospitalisée dans le Service du Professeur SALMON pour une tumeur du fémur droit. C'était un fibro-sarcome vérifié par biopsie et par l'analyse de la pièce d'amputation.

Elle fut traitée par radiothérapie pré-opératoire, puis amputation de cuisse le 23-1-1958.

Mais depuis quelque temps, elle présentait une constipation opiniâtre avec crises coliques suivies de diarrhée. Pas d'émissions de sang. Mais surtout *signes de cystite,* faits de brûlures à la miction. Ténesme, faux besoins qui ne cessent pas malgré un traitement bien conduit, et c'est à cause de ces signes de cystite qu'on fait pratiquer le 14-3-1958 une radiographie du cadre colique (radio n° 20) qui montre un œdème de la charnière, des spicules, des diverticules, pas de sténose, mais aussi un aspect lacunaire de la jonction recto-sigmoïdienne posant le problème de Sigmoïdite et cancer, que l'on n'a pu vérifier à cause de la tumeur du fémur qui, à elle seule, dictait le pronostic.

L'évolution a été vraisemblablement celle de la tumeur osseuse maligne. La malade a été perdue de vue.

Observation 15 — Radio N° 20

OBSERVATION N° 16. (Service du Docteur ARTAUD.)

« Sigmoïdite diverticulaire à forme hémorragique. »

M. Boy..., 82 ans.

Le malade vient consulter pour une hernie inguino-scrotale bilatérale. A l'interrogatoire, on apprend que depuis six mois il présente des rectorragies de sang rouge mélangé aux matières, avec douleurs coliques gauches et faux besoins. Amaigrissement important avec anorexie. L'examen est négatif, sinon la perception d'une masse dans la fosse iliaque gauche non retrouvée par le toucher rectal.

Un lavement baryté est exécuté le 19 novembre 1958, il montre (radio n° 21) une sténose inflammatoire avec conservation des plis muqueux. Le iléon est conservé.

Observation 16 — Radio N° 21

Vu l'âge du malade, on pratique la cure de ses hernies sous anesthésie locale et l'on institue un traitement médical par la Néomycine Diamant (1,50 g par jour) par cures de dix jours par mois, ainsi que des antispasmodiques, du charbon et un régime.

Guérison. Le malade, revu depuis, n'a plus présenté de signes pathologiques ni d'hémorragies. Reprise du poids.

OBSERVATION N° 17. (Service du Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite diverticulaire et cancer. »

M. Zer..., 69 ans.

Le malade est envoyé par son médecin traitant, le 24-6-1959, dans un Service de médecine, pour atteinte profonde de l'état général.

Observation 17 — Radio N° 22

En février 1959, il présente une hémiplégie gauche qui a régressé assez bien aux membres inférieurs et à la face, mais encore assez marquée au membre supérieur gauche.

Depuis deux mois, perte de l'appétit, Anorexie à peu près complète. Pas de vomissements. Constipation progressive, alternée avec des débâcles diarrhéiques nauséabondes, mais surtout hémorragies répétées par voie rectale : sang rouge, mêlé aux selles, de plus en plus fréquemment et abondamment. D'autre part, signes urinaires avec dysurie, ténesme vésical, faux besoins et des signes infectieux. Température entre 38° et 38°,5, cédant après les débâcles diarrhéiques.

Enfin, amaigrissement très important.

A l'examen, l'abdomen est souple, sauf au niveau de la fosse iliaque gauche où, dans une zone empâtée, on perçoit une tumeur dure, non mobile, indolore à la palpation. Au toucher rectal, on trouve des hémorroïdes qui ne saignent pas au contact et l'on retrouve cette tumeur par le toucher palper combiné.

Le 3-7-1959, un lavement baryté est effectué (radio n° 22), il montre une image sigmoïdienne en « pile d'assiettes », avec œdème du sigmoïde. Altération de la muqueuse au bout inférieur, à type de lacune néoplasique.

Le Professeur Carcassonne conseille une laparotomie exploratrice, avec le diagnostic de Sigmoïdite et cancer, mais le malade et sa famille s'y opposent, vu l'âge et l'état neurologique et général du malade. Il sort sur sa demande le 7-7-1960.

OBSERVATION N° 18. (Services du Dr A. Monges et du Pr Carcassonne.)

« Triade de Saint. »

Mme Cas..., 78 ans.

Malade envoyée dans le Service du Professeur Carcassonne par le Docteur A. Monges qui la suivait depuis assez longtemps pour une triade de Saint, mais qui la fait passer en chirurgie pour être opérée d'un prolapsus génital en avril 1959. (Suites opératoires excellentes.)

Chez cette malade, en dehors de son prolapsus, on relevait une anorexie très marquée pour les graisses, les sauces et les liquides. Nausées matinales avec sécheresse de la bouche. Ballonnement abdominal post-prandial avec endolorissement permanent de l'hypochondre droit contournant la base du thorax, remontant vers l'épaule droite et la pointe de l'omoplate droite et ce, depuis de nombreuses années. Au début, le siège était plus volontiers épigastrique, survenant après des excès alimentaires ou l'absorption de graisses. Aucune périodicité. Cette sensation douloureuse a nettement augmenté et il s'y ajoute des douleurs de la fosse iliaque gauche, calmées par le repos et la chaleur, augmentant à la fatigue et au froid. Apparition assez récente d'une constipation opiniâtre, entrecoupée de débâcles diarrhéiques fétides et surtout d'hémorragies intestinales de temps en temps, faites de sang rouge, accompagnant les selles, Amaigrissement de 9 kilos en trois ans. Périodes fébriles correspondant au maximum des signes fonctionnels.

Les radiographies pratiquées montrent chez cette malade (radio n° 23) une Sigmoïdite diverticulaire avec image de « piles d'assiettes ». Pas de sténose, mais aussi une lithiase vésiculaire typique (retrouvée après cholangiographie). Sur la radio n° 24, on objective le dernier élément de la Triade de Saint, c'est-à-dire une hernie hiatale.

Après cure du prolapsus, la malade est repartie en Corse avec un traitement médical d'entretien à base de charbon et de cures discontinues de Néomycine Diamant. Très grande amélioration des dignes digestifs.

Observation 18 — Radio N° 23

Observation 18 — Radio N° 24

OBSERVATION N° 19. (Docteur Joseph DIAS.)

« Sigmoïdite diverticulaire chronique. »

M^me^ Mar..., 60 ans.

Malade suivie depuis de longs mois par de nombreux médecins pour un syndrome d'entérocolite très ancien. De nombreux traitements furent institués, mais aucun n'amena de cessation des phénomènes pathologiques. Elle vient de Monaco consulter le Docteur DIAS en février 1959, car depuis quelques semaines elle maigrit et surtout a constaté la présence de sang dans ses selles. Le Docteur DIAS lui fait une radiographie du cadre colique qui, jusque-là, n'avait pas été demandée. Celle-ci (radio n° 25) montre une Sigmoïdite diverticulaire avec œdème du sigmoïde. Pas d'image de sténose.

Observation 19 — Radio N° 25

Un traitement médical est institué. Régime sans résidus, Néomycine Diamant 1,50 g par jour pendant un mois, avec Bucopan : 3 comprimés par jour et charbon, puis cures discontinues et alternées de 10 jours de Néomycine et de Buscopan + charbon. On propose, en cas d'échec, une dérivation.

Le résultat est excellent. Guérison clinique se maintenant.

OBSERVATION N° 20. (Professeur CARCASSONNE.)

« Accident chirurgical dû à une diverticulose. »

Mme L..., 42 ans, consulte en mai 1937 pour un fibrome hémorragique de volume important.

L'intervention a lieu le 17 mai 1947 : anesthésie générale sous éther ; médiane sous-ombilicale. Hystérectomie difficile. Le petit bassin est profond : mèche vaginale. Péritonisation haute, difficile avec le sigmoïde ; de petites déhiscences sont fermées avec des franges épiploïques. 48 heures de suites normales.

Au 3e jour, la température monte à 39°,9.

Au 4e jour, à 39°,1. Apparition de douleurs abdominales, ventre ballonné, pas de gaz, malgré sérum hypertonique intraveineux.

Au 6e jour, température à 39°,8, le ventre est très ballonné, le faciès altéré. Un toucher vaginal ne montre rien. On décide de réintervenir.

Du pus à odeur fécaloïde s'échappe du ventre, l'épiploon est collé sur la péritonisation où on découvre une frage épiploïque gangréneuse par où s'échappent des gaz. On pratique la ligature à la base avec enfouissement : Mickulicz.

Les suites opératoires mouvementées ont malgré tout permis d'aboutir à la guérison.

(Il s'agissait indiscutablement d'un accident survenu au niveau d'un diverticule sigmoïdien caché dans une frange épiploïque, sans doute perforé par le point de catgut ayant servi à compléter la péritonisation. »

OBSERVATION N° 21. (Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite diverticulaire aiguë occlusive. »

M. M..., 53 ans, entre à la Clinique de Bonneveine, le 16 septembre 1945, pour occlusion aiguë du gros intestin.

Son histoire clinique ne permet de noter aucun antécédent. Il y a cinq jours, il est éveillé par une douleur à type de coliques violentes, accompagnées de pollakiurie et de sensations d'épreintes.

Son ventre est ballonné. Il présente des vomissements. Sa température est à 38°.

L'augmentation des signes, l'arrêt des matières et des gaz, les vomissements incessants, malgré un toucher rectal négatif, font pratiquer un examen radiographique qui diagnostique une occlusion de siège bas.

On pratique un anus iliaque gauche à pont de crins (technique de SANTY).

Les troubles stercorémiques s'amendent et, le 16 octobre, un nouvel examen baryté montre une occlusion siégeant sur le sigmoïde, occlusion peu différente de celles produites par des néoplasmes en virole.

L'intervention est pratiquée le 28 octobre 1943, sous anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane. Le sigmoïde est plicaturé sur une bride plongeant en arrière et fixée au-dessous du promontoire. La dissection montre un véritable appendice renflé à son extrémité avec une implantation au niveau même du bord mésentérique du sigmoïde, pénétrant dans le méso. Cette bride est sectionnée et enfouie en 3 plans.

L'exploration ne montre aucun autre diverticule.

Deux mois après, le 16-11-1943, fermeture de l'anus. Guérison.

OBSERVATION N° 22. (Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite aiguë occlusive pseudo-tumorale. »

Mme P..., 69 ans, est amenée d'urgence par son médecin, le Docteur TUBIANA, pour phénomènes d'occlusion intestinale semblant localisée sur le gros intestin. Le tableau clinique est typique : il s'agit d'une sub-occlusion datant de cinq jours, se compliquant depuis 24 heures d'une occlusion avec arrêt complet des matières et des gaz. Mais cette occlusion s'accompagne de température à 37°,9 - 38°,2, d'une contracture prononcée au niveau de la fosse iliaque gauche. Un lavement baryté montre un obstacle empêchant la progression de la bouillie au delà de la jonction sigmoïde-descendant.

« J'interviens le 3 décembre 1952, par incision para-rectale gauche ; l'énorme dilatation colique m'amène à pratiquer un anus iliaque gauche à pont de crins. Un doigt explorateur montre l'existence d'une tumeur sur le sigmoïde, autour de laquelle sont venues adhérer des anses grêles. »

Les phénomènes de sub-occlusion s'amendent. Un nouvel examen montre un arrêt persistant de la baryte au même niveau.

Le 22 décembre 1952, après préparation minutieuse habituelle : laparotomie médiane sous-ombilicale. Les anses grêles sont progressivement séparées. On s'aperçoit que le sigmoïde infiltré adhère à la paroi postérieure. On pense à un néoplasme, mais en le décollant (ce qui nécessite la ligature de la veine iliaque primitive gauche), on rompt un abcès. Résection et rétablissement de la continuité termino-terminale, une mèche.

Suites bonnes pendant 48 heures. Apparition de phénomènes de thrombose du membre inférieur gauche. Malgré Tromexane et Héparine : mort d'embolie pulmonaire au 3e jour.

OBSERVATION N° 23. (Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite aiguë avec perforation d'un diverticule. »

« M. L... Louis, 46 ans, employé à la Radiodiffusion Nationale, m'est adressé d'urgence par le Docteur PERDRIGÉ pour douleur en coup de poignard de la fosse iliaque gauche avec occlusion.

« Le malade présente à l'examen tous les signes d'une appendicite à gauche ; surveillance armée et préparation. Un examen radiographique montre l'existence d'un recto-sigmoïde dilaté et d'un sigmoïde très spasmé. Aucune image diverticulaire, mais une adhérence anormale du grêle à la portion moyenne du sigmoïde révélé par un examen *per os*.

« J'interviens le 21 septembre 1952 par incision para-rectale gauche. Tout le côlon apparaît très enflammé, mais plus particulièrement deux diverticules sont gonflés de liquide hémorragique et, au-dessous d'eux, tout le côlon est infiltré. Le malade étant préparé : résection segmentaire de 30 cm de côlon. Anastomose termino-terminale. Appendicostomie. Bonnes suites opératoires. Le malade sort guéri le 16 octobre, l'orifice d'appendicostomie fermé.

« Il est ramené d'urgence dans la nuit du 13 novembre, en pleine péritonite. Laparotomie médiane : péritoine rempli de pus fécaloïde. L'anastomose est vérifiée, sans bavure, mais au-dessous apparaît un diverticule perforé et gangréné. Ablation du diverticule. Iléostomie à la Fontan.

« Suites très mouvementées, mais guérison au bout de deux mois, sans séquelle actuelle. »

OBSERVATION N° 24. (Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite hémorragique et occlusive. »

Mme P..., 56 ans, adressée pour subocclusion du gros intestin, avec petites hémorragies et température : 38°,2. L'examen radiologique révèle l'existence d'un rétrécissement sigmoïdien sans que le transit soit complètement interrompu. Laparotomie para-rectale gauche le 21 février 1945. Découverte d'un sigmoïde épaissi, autour duquel viennent adhérer anse grêle, vessie, épiploon. Anus iliaque gauche. Des lavages sont institués à partir du 5e jour. Pendant un mois et demi,

la malade supporte son anus. Une radiographie faite au début de mai 1945 montre une perméabilité parfaite du sigmoïde. La fermeture de l'anus s'effectue le 11 mai par voie intra-péritonéale, qui permet de libérer le sigmoïde de ses adhérences et de vérifier son intégrité.

Le 9 janvier 1946, la malade est ramenée, présentant le même tableau qu'il y a un an. L'examen radiographique montre une nouvelle image de subocclusion sigmoïdienne.

Le 10 janvier 1946 : cæcostomie pour lutter contre les phénomènes occlusifs et traitement par les sulfamides et la pénicilline. Les signes s'amendent.

Intervention le 3 février 1946 : Résection segmentaire du sigmoïde épaissi et qu'il faut libérer de nombreuses adhérences. Suture termino-terminale. Une mèche.

Bonnes suites. Guérison actuelle.

OBSERVATION N° 25. (Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite chronique tumorale. »

« Mme X..., 49 ans, adressée en 1945 par le Docteur ANIEL, avec le diagnostic clinique, radiologique et opératoire de tumeur inextirpable du sigmoïde, adhérente à la vessie et à l'utérus, chez qui je n'ai pu faire qu'un anus iliaque gauche. J'ai maintenu cette dérivation plus d'un an.

« Après ce laps de temps, les examens radiologiques révélant la perméabilité totale du sigmoïde, je suis réintervenu pour trouver l'intestin libéré. J'ai fermé l'anus. La malade se maintient parfaitement guérie. »

OBSERVATION N° 26. (Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite diverticulaire hémorragique. »

Mme P..., 66 ans, va consulter le Docteur ROUSSELIN, du Creusot, pour crises coliques répétées avec hémorragies rectales. Une radiographie révèle l'existence de deux gros diverticules. La rectosigmoïdoscopie révèle que le sang semble provenir d'un orifice diverticulaire. « La malade, de passage à Marseille, m'est montrée ; j'insiste pour que les diverticules soient enlevés et vérifiés. » L'opération est pratiquée en septembre 1952 par le Docteur ROUSSELIN, qui a enlevé les diverticules et n'a rien noté d'anormal.

En 1957 : hémicolectomie gauche pour néoplasme du côlon gauche développé au niveau de la cicatrice opératoire.

OBSERVATION N° 27. (Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite diverticulaire hémorragique associée à une tumeur maligne. »

« M. P..., 40 ans, m'est adressé par le Docteur TABUSSE, en juin 1941, pour phénomènes coliques avec périodes de diarrhée et de constipation, et hémorragies répétées. Une crise aiguë douloureuse a fait hospitaliser le malade, et un examen radiographique a révélé l'existence de petits diverticules et de deux gros diverticules au niveau de la jonction sigmoïdienne. Une hémorragie assez abondante a suivi cet examen.

« J'interviens le 13 juin 1941, sous anesthésie générale à l'éther, par laparotomie para-rectale gauche. Je trouve deux gros diverticules que je réséque et enfouis. L'examen histologique a été négatif. Les suites sont normales et je n'entends plus parler du malade.

« En novembre 1947, je revois ce malade se plaignant de nouvelles crises coliques, mais avec un état de subocclusion, des hémorragies et un état général touché. L'examen radiographique pratiqué par le Docteur DIAS ne laisse aucun doute sur la nature de l'image lacunaire que l'on voit. Après préparation habituelle, j'interviens le 6 décembre 1947 par laparotomie médiane. Il s'agit d'une tumeur diffuse, de caractère encéphaloïde, développée sur la zone même, dépourvue d'appendice épiploïque où j'étais intervenu six ans auparavant. »

Hémicolectomie gauche en un temps avec suture transverso-sigmoïdienne. Appendicostomie. Guérison opératoire. Mort en juillet 1952 de métastase péritonéale. L'examen histologique a confirmé la nature maligne de la tumeur.

OBSERVATION N° 28. (Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite aiguë perforée. »

M. A..., 62 ans, entre d'urgence pour péritonite aiguë généralisée à Bonneveine. Le Docteur BONNEFOY porte le diagnostic de péritonite appendiculaire. Le 26 décembre 1952, il intervient, trouve un appendice normal dans un ventre plein de pus fécaloïde. Il se porte à gauche, trouve une perforation sigmoïdienne, la bouche, l'enfouit, car il ne peut l'extérioriser et fait un anus au-dessus.

« Un mois après, je réintervieins pour vérifier la guérison de la lésion sigmoïdienne. L'anus est en voie de fermeture. » Guérison.

OBSERVATION N° 29. (Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite aiguë perforée. »

M. C..., 78 ans, est amené d'urgence à la Clinique de Bonneveine, le 28 décembre 1952, pour péritonite aiguë généralisée. Le Docteur BONNEFOY intervient et trouve une perforation sigmoïdienne. Il peut extérioriser l'anse et fait un anus *in situ*. Fermeture secondaire de l'anus. Guérison.

OBSERVATION N° 30. (Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite avec périsigmoïdite pseudo-tumorale. »

« M. S..., 45 ans, m'est adressé pour un syndrome de subocclusion avec température. L'examen radiographique fait penser à un néoplasme. Le 11-12-1952, par pararectale gauche, j'interviens et je trouve un énorme foyer d'adhérences que l'on ne saurait désagréger. Anus iliaque gauche. Traitement médical.

« Le 26 janvier 1953 : laparotomie médiane, je libère le sigmoïde qui apparaît très épaissi. Je pratique une résection, suivant la technique d'HARTMANN, car les lésions descendent trop bas et je ne pouvais dans ce temps rétablir la continuité sans faire courir de gros risques à mon malade. Je maintiens son anus, me réservant la possibilité d'une intervention restauratrice dans un troisième temps. » Guérison.

OBSERVATION N° 31. (Professeur VAGUE et Docteur L. ARTAUD.)

« Diverticulose sigmoïdienne associée à un cancer du sigmoïde. »

M. C..., 72 ans, se plaint depuis deux ans d'un syndrome sigmoïdien (6 à 7 selles par jour, peu abondantes, plus une selle molle matinale, rares faux besoins, émission de glaires, pas de sang, aucune douleur).

Il vient consulter le 12 mars 1950. Palpation et toucher rectal sont négatifs. Un lavement opaque montre sur chaque bord du sigmoïde inférieur une image lacunaire aux bords flous. Une douzaine de diverticules de la dimension d'un pois se détachent très nettement sur l'anse oméga. Le diagnostic facile de néoplasme sigmoïdien peut être mis en doute par la constatation de nombreux diverticules qui permettent de supposer une diverticulite péri-sigmoïdienne. L'intervention, pratiquée le 17 avril 1950 (Docteur L. ARTAUD), montre qu'il s'agit d'un néo du sigmoïde dont la guérison se maintenait un an plus tard.

Dans ce cas, le diagnostic radiologique formel est impossible entre cancer et diverticulite. En faveur du premier plaidait ici, du point de vue clinique, l'évolution progressive dépourvue d'accidents aigus qui marquent habituellement l'origine diverticulaire.

OBSERVATION N° 32. (Service du Docteur M. ARNAUD.)

« Sigmoïdite aiguë tumorale perforée. »

M^me^ X... 70 ans. En juillet 1953, est amenée en urgence dans le service dans un état désespéré. Choc très marqué, pouls filant, tension artérielle à 6, pouls arythmique, cyanose des extrémités, abdomen ne respirant pas, contracture généralisée. Sous transfusion, et après une anesthésie très légère, on pratique en urgence une laparotomie médiane sous-ombilicale (Service de garde). A l'ouver-

ture du péritoine, on trouve du pus mélangé à des matières fécales d'odeur nauséabonde. On découvre au niveau du sigmoïde une très grosse tumeur manifestement inflammatoire, perforée, laissant échapper des matières. Le mésocôlon est rétracté, empêchant l'extériorisation. Toilette du péritoine, drainage de la grande cavité par deux mèches et, enfin, anus iliaque gauche sur baguette. Antibiotiques généraux à hautes doses, perfusion. Décès au 8e jour par urémie.

OBSERVATION N° 33. (Service du Docteur M. ARNAUD.)

« Sigmoïdite diverticulaire à poussées successives de subocclusion. »

Mme Cas..., 84 ans, entre une première fois dans le Service du Docteur M. ARNAUD, en urgence dans la nuit du 18 au 19 novembre 1957, avec le diagnostic de subocclusion. Début le 15 novembre par des douleurs abdominales très vio-

Observation 33 — Radio N° 26

lentes, intermittentes. Pas de ballonnement, pas de défense, arrêt des matières et des gaz depuis dix jours. Dans la nuit du 16, une injection de Buscopan amène une amélioration, mais état sub-fébrile.

Le 18, les douleurs réapparaissent. Admission à l'hôpital, où l'on découvre une hernie ombilicale, une éventration sus-ombilicale. A l'examen, douleur à la palpation de la partie gauche de l'abdomen. Incontinence d'urines.

Le 21 novembre 1957, on perçoit une masse profonde dans la fosse iliaque gauche, sensible, allongée dans le sens transversal.

Sort le 26 novembre 1957 ; cédation du syndrome de subocclusion par un traitement antispasmodique et goutte à goutte rectal de sérum glucosé.

Le deuxième séjour dans le service, du 31 décembre 1957 au 30 avril 1958.

Elle est réadmise pour un syndrome abdominal, fait de douleurs du flanc gauche, avec constipation opiniâtre et ténesme rectal, amaigrissement progressif de 5 kilos, sub-fébrile.

Le 7 janvier 1958, elle subit une cure d'éventration épigastrique (Dr Dalmas).

Le 15 février 1958 : cure radicale d'une hernie inguinale gauche directe avec adhérence de la trompe et de l'ovaire.

Le 1er mars : incision d'un volumineux abcès de la fesse gauche. Les examens para-cliniques, biologiques sont normaux. Elle sort le 30 avril, en bon état.

Troisième séjour : le 1er septembre 1959, pour crises colitiques survenant à tout moment dans la journée, sans aucune périodicité ; pas de troubles du transit. Elle devait se faire opérer par le Professeur Jayle d'une cataracte, mais elle fit un accident cardio-pulmonaire, lors de l'anesthésie. L'opération a été renvoyée. On retrouve, à l'examen, la douleur de la fosse iliaque gauche à la palpation et un souffle systolique en écharpe à l'auscultation cardiaque, état sub-fébrile à 38°. Le lavement baryté (radio n° 26) montre un œdème du sigmoïde important, avec nombreux diverticules et spicules. Pas de lacune.

Vu l'âge de la malade et les troubles cardiaques, on institue un traitement médical : Néomycine : 1,50 g par jour pendant deux jours, puis 1 g par jour avec de l'ultra-levure. Elle sort le 10 octobre 1959, très améliorée.

OBSERVATION N° 34. (Professeur Carcassonne.)

« Sigmoïdite aiguë, à forme sub-occlusive. »

M. Did..., 50 ans. Malade sans aucun antécédent digestif, qui a été pris subitement de faux besoins avec, dans l'intervalle, émissions de sang et de pus par l'anus, accompagnées de fièvre et de douleurs iliaques gauches. On note aussi de l'amaigrissement. Ce tableau dure quelques jours, puis il présente une sub-occlusion fébrile qui le fait admettre d'urgence en clinique le 19 septembre 1959, où, du 20 au 25, on lui institue un traitement préparatoire à une colectomie : Néomycine : 6 comprimés, et Didromycine à 9 heures et 18 heures, amenant une apyrexie, et l'on fait pratiquer divers examens para-cliniques le 19 septembre 1959, dont nous donnons les résultats :

Numération et formule sanguine : G.R. 4.300.000, G.B. 8.700; P.N. : 71 ; P. Baso. : 1 ; P. Eosin. : 4 ; P. Lympho. : 10 ; G. Lympho. : 6 ; Monocytes : 8.

Groupe sanguin : A, Rhésus +.

Vitesse de sédimentation : 1re heure : 20' ; 2me heure : 25' ; indice : 16,25.

Urines : albumine : traces ; sucre : néant.
Azotémie : 0,38. Glycémie : 0,90. Cholestérol : 2,40 g.

Temps de saignement : 2'. Temps de coagulation : 9'.

Ionogramme : normal.

Un lavement baryté le 19 septembre 1959 (radio n° 27) (Dr P. Roure).

« Le cadre colique est examiné par voie basse, le lavement est suivi sous écran, la progression de la substance opaque marque un temps d'arrêt au niveau

du sigmoïde. Les clichés en réplétion et après exonération, effectués sous différentes incidences, montrent un aspect de rétrécissement irrégulier de la partie basse du sigmoïde au voisinage de sa jonction avec l'ampoule rectale. »

Observation 34 — Radio N° 27

Le 26 septembre 1959, sous anesthésie générale en circuit fermé, on intervient avec le diagnostic de cancer du sigmoïde (Pr Carcassonne). Voie d'abord pararectale gauche. Exploration large, qui montre une lésion inflammatoire tumorale du sigmoïde, très épaissi, très rouge, qui permet d'éliminer le diagnostic primitif d'occlusion par néoplasme (vu aussi l'importance et la fixité de la tumeur). On décide de pratiquer une dérivation externe par l'intermédiaire d'un anus iliaque gauche à pont de crins. Les suites opératoires sont sans incident. Pénicilline, strepto. : 1 g. et Néomycine : 2 g. tous les jours. Le malade sort le 13 octobre 1959. Chez lui, on fait tous les jours un lavement à la fois par l'anus iliaque et aussi par l'anus naturel, en ajoutant au lavement de la Néomycine : 1 ampoule. Il en ressort des glaires, parfois un peu de sang

En décembre 1959, 2e séjour à la clinique. Nouvelles radiographies le 5 décembre 1959 (Dr Allègre) (radio n° 28). Le segment recto-colique exclu est examiné après injection barytée par la bouche. Les clichés en réplétion, après exonération et après insufflation, montrent un *aspect radiologique normal* du sigmoïde. Pas d'images de lésions organiques. Comme cliniquement, la guérison est évidente, le Professeur Carcassonne, le 8 décembre 1959, sous anesthésie générale en circuit fermé, pratique la fermeture intra-péritonéale de l'anus contre-nature. Vérification : plus aucune trace d'inflammation. Le sigmoïde est souple et normal.

Donc, Sigmoïdite aigue sub-occlusive. Colostomie iliaque gauche. Fermeture de l'anus moins de trois mois après. Guérison clinique, radiologique et anatomique.

Observation 34 — Radio N° 28

OBSERVATION N° 35. (Professeur Henry.)

« Sigmoïdite diverticulaire occlusive. »

Mme Ti..., 63 ans, sans profession, est une personne non opulente, mais présentant un léger embonpoint. Elle est vue pour la première fois le 29 juin 1953. Elle a déjà subi une intervention chirurgicale pour tumeur du sein droit, opération suivie d'irradiation. Elle a présenté, trois ans après, un œdème du membre supérieur correspondant, avec lymphangite importante. En février 1953, sans aucune raison apparente, la malade fait une poussée hyperthermique qui dure 36 à 48 heures et est accompagnée d'un purpura important dans tout le territoire du grand pectoral. Deux examens de sang pratiqués à cette époque donnent :

Numération : G.B. : 4.200.000 ; Plaq. : 215.000 ; H.B. : 85 % ; V.G. : 1,01 ; T.S. : 2' ; T.C. : 9'.

Formule : G.B. : 9.200 ; P.N. : 60 ; P.B. : 1 ; Lympho. : 34 ; Mono. : 1.

En mars 1953, nouvelle poussée de température à 40°, accompagnée d'une débâcle intestinale et d'un point douloureux de la fosse iliaque gauche. On pense à une parathyphoïde et le traitement est institué : Tifomycine, Auréomycine. Un lavage ramène des peaux et des glaires, mais pas de sang. De nouvelles analyses de laboratoire ne montrent absolument rien d'anormal.

En juin 1953, une troisième poussée de température à 39° est accompagnée, cette fois-ci, d'une constipation opiniâtre, et le médecin consulté pense à une obstruction basse avec possibilité de néoplasme.

Les radiographies sont pratiquées le 26 juin 1953 sous lavement baryté, après évacuation du lavement et sous insufflation. « Les différents clichés montrent d'une manière constante une mauvaise imprégnation de la jonction recto-sigmoïdienne. Cette zone est rétrécie et l'on ne retrouve pas à son niveau, sur les clichés en couche mince, le liséré de sécurité de la muqueuse. Par ailleurs, le lavement a progressé normalement. Il n'y a pas de point douloureux à la palpation des différents segments coliques. De plus, l'ampoule recto-sigmoïdienne et le côlon gauche présentent de multiples formations diverticulaires. »

Jusqu'à ce jour, la malade n'a jamais présenté de sang dans les selles. La malade entre en clinique le 29 juin au soir, après avoir pris le matin 1/2 paquet de magnésie. Elle est mise en observation durant quelques jours, pendant lesquels on pratique :

— une rectoscopie dont le compte rendu n'a pas été retrouvé.

— des examens de sang : azotémie : 0,40 ; glycémie : 1 gramme.

Numération : G.R. 5.100.000 - G.B. 12.000 ; plaq. : 280.000 ; H.B. : 100 % ; V.G. : 0,98.

Formule : P.N. : 82 ; P. Eo. : 2 ; Lympho : 14 ; Mono. : 2. Groupe sanguin A.

Le 3 juillet 1959, on décide de pratiquer un anus transverse droit de dérivation préalable, les différents signes cliniques ne s'étant pas amendés et l'exploration par laparotomie médiane sous-ombilicale ayant montré une tumeur sténosante du sigmoïde.

Le 20 juillet 1953 : 2e temps opératoire : Colectomie gauche pour tumeur sténosante (Sigmoïdite ? néoplasme ?). Hystérectomie. Appendicectomie.

Le 7 août 1953 : 3e temps : Fermeture intra-péritonéale de l'anus transverse droit.

Les examens anatomo-pathologiques de la pièce enlevée le 20 juillet ont été pratiqués par M. le Professeur Picard et rapportent : « La paroi intestinale irrégulièrement plissée, présente un repli plus profond que les autres de sa muqueuse, qui correspond à une véritable invagination diverticulaire enfoncée jusqu'au delà de la musculeuse. Elle est en partie ulcérée en ce point, et l'entonnoir diverticulaire est en partie comblé par une prolifération inflammatoire du conjonctif, bourré de leucocytes. Surtout, il s'est développé dans le tissu adipeux, autour de cette lésion, un très volumineux granulome histiocytaire pseudo-tumoral à corps étrangers avec des plasmodes multinuclées. On y retrouve quelques fragments de débris alimentaires vraisemblables, indiquant qu'il s'est produit là une perforation couverte. Aucune prolifération suspecte de nature tumorale dans les diverses coupes examinées ».

Le 18 août 1953, la malade sort de la clinique complètement guérie. Revue neuf mois après, elle n'a plus présenté aucun trouble et a repris une vie absolument normale. La guérison se maintient actuellement.

OBSERVATION N° 36. (Professeur Henry.)

« Sigmoïdite diverticulaire pseudo-néoplasique avec périsigmoïdite. »

Mme Cal..., 50 ans, sans profession, est une malade qui pourrait se ranger parmi les personnes maigres. Elle est vue pour la première fois le 18 ou 19 mars 1952. Elle aurait présenté depuis plusieurs années quelques difficultés pour aller à la selle, sans que l'on puisse la qualifier, à proprement parler, de constipée. Cependant, depuis trois mois environ elle se plaint de constipation opiniâtre avec

présence de douleurs à type de coliques, surtout du côté gauche de l'abdomen. Elle n'a jamais présenté de sang dans les selles, ni de diarrhée, mais a éprouvé de fréquentes fausses envies d'aller à la selle. Elle se plaint de plus de brûlures anales, éprouvant la sensation « d'émettre des lames de rasoir ».

Les nausées sont fréquentes, les vomissements rares, mais existants. Enfin, il faut noter un amaigrissement important de 10 kilos, du mois de janvier 1952 à mars 1952. L'examen de la malade montre un abdomen légèrement douloureux à gauche, la palpation ne permet pas de sentir de masse, les appareils génital et urinaire ne signalent absolument rien. Le diagnostic de néoplasme du sigmoïde est porté et la malade entre à la clinique le 20 mars 1952.

Le 21 mars 1952, il est pratiqué un anus transverse droit de dérivation.

Le 28 mars 1952, 2e temps opératoire : Résection portant sur l'anse sigmoïde avec anastomose termino-terminale pour Sigmoïdite diverticulaire. Hystérectomie pour fibrome. Appendicectomie.

Un mois après, le 30 avril 1952, fermeture de l'anus transverse, et la malade sort complètement guérie quelques jours après.

L'examen anatomo-pathologique (Professeur Picard) nous indique : « Utérus et paroi sigmoïdienne. La paroi utérine est fortement hyperplasique dans son constituant musculaire : la portion visible de l'endomètre montre un chorion très cellulaire et des glandes à l'épithélium très épaissi par pseudo-stratification nucléaire, non sécrétant, sans atypies structurales ni cytologiques ; il s'agit d'un fibro-myome banal, dans lequel la prolifération myomateuse l'emporte sur la fibrose. La paroi colique montre une structure générale normale, mais, en un point, elle présente un petit diverticule rectiligne qui traverse la musculeuse et la déborde d'environ 3 mm seulement ; la lumière diverticulaire est presque complètement effacée par une saillie polypoïde de la muqueuse à son intérieur, le fond du diverticule est ulcéré et il est coiffé par un volumineux granulome inflammatoire, histiocytaire et giganto-cellulaire, qui occupe la sous-séreuse. Autour de ce granulome, l'inflammation s'étend dans cette tunique, sous forme d'infiltrats leucocytaires polymorphes, dissociant les groupes de cellules adipeuses.

« Il s'agit donc d'une péri-sigmoïdite ayant pour point de départ un minuscule diverticule ulcéré. Aucun signe suspect de prolifération néoplasique dans cette pièce. »

La malade revue ces derniers temps, soit deux ans après son intervention, se porte très bien, elle a repris un poids normal et vaque à ses occupations quotidiennes.

OBSERVATION N° 37. (Professeur Henry.)

« Sigmoïdite hémorragique pseudo-appendiculaire et pseudo-néoplasique. »

M. Ger..., 51 ans, retraité, se présente comme un homme ayant un certain embonpoint. Il est vu pour la première fois le 22 octobre 1952.

Vers 1930, le malade se serait plaint de vagues troubles dyspeptiques mal précisés par lui-même. Un examen radiographique de l'estomac ne montre absolument rien.

Depuis quatre à cinq ans, il présentait une certaine tendance à la constipation sans toutefois rester plusieurs jours sans aller à la selle. Il éprouvait quelques fois de fausses envies. Jamais de diarrhée. Par contre, il aurait eu quelques rectorragies qu'il attribuait à des hémorroïdes sans avoir consulté son médecin. Il émettait aussi de temps en temps, pendant deux à trois jours, des selles avec du sang rouge en quantité peu abondante ; peut-être les rectorragies étaient-elles favorisées par des repas plus épicés que de coutume ? ? Aucun autre signe ne se trouve chez ce malade, pas d'amaigrissement, pas de troubles urinaires.

Le 21 octobre 1952, le malade est pris dans la journée d'une légère douleur, à type de gêne, au niveau du bas-ventre. Il prend le soir, au coucher, une cuillerée à café de magnésie avec une tasse de tisane. Deux à trois heures après, il ressent dans tout l'abdomen une douleur brutale à type de coliques excessivement violentes. Le malade, posant ses mains sur le ventre, sent lui-même « des ondulations intérieures ». Malgré un Suppo-Sédol donné par sa femme, ces

douleurs persistent toute la nuit. Vers le milieu de celle-ci, il est pris subitement d'une envie d'aller à la selle. Le malade émet très peu de matières (une à deux boules semblables à des billes), plus du sang rouge pur, dont il évalue la quantité à un gros verre à boire ordinaire. Pas de nausées, pas de vomissements.

Le matin du 22 octobre, la température est à 39°,7 - 39°,8. Le médecin appelé examine le malade et pose le diagnostic d'occlusion intestinale d'origine appendiculaire ? L'entrée en clinique se fait le même jour et l'intervention décidée immédiatement.

Incision de Mac Burney élargie. On trouve une tumeur sigmoïdienne (Néo ?), anus cæcal avec sonde de Petzer.

Le 5 décembre 1952 : incision sous-ombilicale. On trouve une tumeur importante du sigmoïde, mais peu de ganglions. Résection du sigmoïde, anastomose latéro-latérale.

Le 16 décembre, fermeture de la cæcostomie.

L'examen anatomo-pathologique (Professeur Picard) indique : « Tumeur du côlon sigmoïde. La muqueuse est entièrement normale dans tous ses constituants, sans aucune hyperplasie glandulaire. Il en est de même des deux tuniques propres de l'organe, dans lesquelles on ne voit (dans les coupes effectuées à différents niveaux) point de lésion inflammatoire, pas plus que de formations néoplasiques. Par contre, dans l'adventice, existe un gros foyer inflammatoire avec infiltration diffuse à polynucléaires, présence d'éosinophiles, réaction fibroblastique et surtout réaction histiocytaire prédominante. Il s'agit d'une lésion inflammatoire subaiguë, banale, péri-sigmoïdienne ».

Ce malade est également revu durant ces derniers mois et n'a absolument plus rien ressenti depuis son intervention.

OBSERVATION N° 38. (Professeur Henry.)

« Sigmoïdite occlusive avec abcès méso-colique. »

M. Bad..., 52 ans, cuisinier de profession, aurait présenté dans ses antécédents des périodes de crises diarrhéiques légères ; habituellement les selles étaient émises quotidiennement, sans difficultés, mais avec exonération de matières dures. De temps à autres, le malade constatait la présence de glaires.

En 1952, il aurait présenté une période de constipation au cours de laquelle il aurait émis, après défécation, de petites hémorragies peu abondantes de sang rouge et mises sur le compte d'hémorroïdes. Ce fait se serait reproduit durant environ un mois.

Le 13 juin 1954, dans l'après-midi, le malade a ressenti une douleur lancinante indéfinissable, apparue brusquement dans la région hypogastrique et irradiant légèrement vers la fosse iliaque gauche. L'état est resté stationnaire pendant deux jours.

Le 15 juin 1954, dans l'après-midi, vers 17 heures, apparition d'une douleur brutale, intense, à type de coup de poignard, débutant dans la fosse iliaque droite et irradiant vers la fosse iliaque gauche. Cette douleur cesse aussi rapidement qu'elle a débuté. Le malade se sent abattu et prend sa température : 39°, et appelle un médecin. L'examen du malade révèle un abdomen sensible, le toucher rectal provoque une douleur de la fosse iliaque gauche. La température tombe progressivement sous l'influence du traitement institué : diète, glace abdominale et antibiotiques. Le samedi suivant, 19 juin, le malade reprend une alimentation légère.

Le lendemain dimanche, le malade constate une remontée de sa température : matin : 38° ; 10 heures : 39° ; 12 heures : 40°,4. Il fait de nouveau appel à son médecin, qui ordonne la reprise du traitement. Dans la matinée, le malade a ressenti un besoin impérieux d'aller à la selle. L'émission de matières est nulle, mais il rejette du sang rouge (15 à 20 cm^3). La douleur est très intense, l'état asthénique très prononcé.

Le lundi 21, les troubles persistent, on pense à une péritonite aiguë ou subaiguë, d'origine tuberculeuse possible. On conseille la mise en surveillance chirurgicale. Le malade entre dans le service le soir, il est en sub-occlusion depuis dimanche, seuls quelques gaz sont émis en petite quantité. Pas de nausées,

Pas de vomissements. Ballonnement et météorisme abdominal assez important. Empâtement douloureux de la fosse iliaque gauche.

Un examen radiologique sans préparation montre une aérocolie assez importante. Le lendemain soir, devant la persistance des troubles occlusifs et infectieux (température : 40°,5), l'intervention est décidée avec diagnostic possible de Sigmoïdite.

Compte rendu opératoire (Professeur HENRY) du 22 juin 1954 : Incision paramédiane sous-ombilicale. On trouve un abcès péri-sigmoïdien au contact du côlon sigmoïdien, sur le bord gauche du méso-sigmoïde, et dans lequel est venue une anse grêle. Drainage de cet abcès par contre-incision iliaque gauche. On pratique un anus transverse droit.

Suites opératoires : Le malade est mis en aspiration continue, perfusion, antibiotiques (Péni., Strepto., Tifo.). La température tombe dès le lendemain matin. Sept jours après son intervention, le malade va aussi bien que possible. Etat général satisfaisant. Anus artificiel fonctionnant bien.

Actuellement, ce malade va très bien. Aucune séquelle, mais il a fallu à trois reprises lui fermer son anus, car les deux premières fois on a assisté à un *lâchage des sutures*.

OBSERVATION N° 39. (Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite à forme hypertrophique et hémorragique, pseudo-néoplasique. »

M. Sin.., 43 ans. A présenté, il y a sept ans (1952 ?), une sub-occlusion au niveau du côlon sigmoïde. Les radiographies montrent, à ce moment, un rétrécissement segmentaire du sigmoïde, mais surtout hémorragies. Ce tableau fait penser à un néoplasme et pousse à l'intervention : c'est une laparotomie exploratrice qui montre, au niveau du sigmoïde, une tumeur d'aspect néoplasique. On pratique une résection étendue, type Hartmann, passant en *tissus sains*, dans le but de rétablir secondairement la continuité. Suites excellentes, le malade va très bien. Il doit rester dix-huit mois avec sa dérivation (car on pensait qu'il s'agissait d'un néoplasme). L'histologie révèle la Sigmoïdite à forme hypertrophique, avec rétrécissement.

Deux ans après, nouvelle intervention : Abaissement de l'angle gauche, rétablissement de la continuité par anastomose termino-latérale. Cæcostomie complémentaire. On constate que le côlon est sain et souple. Suites excellentes.

Quatre mois après, occlusion totale d'emblée :

1) Cæcostomie.
2) Laparotomie, qui montre au niveau de la suture recto-sigmoïdienne une récidive de la Sigmoïdite. On pratique un anus transverse droit.

Bonnes suites opératoires.

Décès six mois plus tard, à la suite d'une affection pulmonaire intercurrente.

OBSERVATION N° 40. (Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite gangréneuse perforée. »

Mme Gui..., 60 ans. Le 10 janvier 1955, la malade est amenée en urgence au Professeur CARCASSONNE, pour une péritonite aiguë généralisée, semblant d'origine appendiculaire.

Intervention : 1) Incision de Mac Burney. A l'ouverture du péritoine, on trouve du pus non fétide. Appendice sain, qui est enlevé. Fermeture. — 2) Dès la fermeture de la première incision, on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale et l'on découvre une gangrène de l'anse sigmoïde. Extériorisation. Résection avec anus *in situ*. Suites normales.

En avril 1955 : radiographies montrant un sigmoïde sain.

Le 16 juin : restauration de la continuité avec nouvelle résection et abaissement de l'angle gauche. Anastomose termino-terminale. La malade va très bien.

Le 22 septembre 1958 : cure d'une éventration sur la cicatrice de laparotomie. A cette occasion, on ouvre le péritoine et on constate que le côlon sigmoïde est absolument sain.

Le 22 janvier 1960, la malade est opérée d'une énorme tumeur maligne de

l'ovaire droit fissurée avec greffe utérine (Thécome), on constate à nouveau que le sigmoïde est sain.

Actuellement, malgré la cobalthérapie, métastases hépatiques. Cachexie terminale. Mort en octobre 1960.

OBSERVATION N° 41. (Professeur HENRY.)

« Sigmoïdite perforée. »

Mme Def..., 80 ans (Hôpital Saint-Joseph, Service Sainte-Magdeleine). Sigmoïdite perforée. Vue en urgence la nuit pour une péritonite presque généralisée.

Intervention : Médiane, montrant une perforation sigmoïdienne sans néoplasie, assez bien cloisonnée, très inflammatoire. Contre-incision gauche. Extériorisation de l'anse sur baguette. Suites bonnes. Pas de sub-occlusion. La fistule s'est presque fermée toute seule. Guérison.

OBSERVATION N° 42. (Professeur HENRY.)

« Sigmoïdite perforée. »

M. Ram..., 43 ans (Hôpital Saint-Joseph, Service Chirurgie Hommes).

Vu en urgence pour une péritonite basse localisée dans la moitié sous-ombilicale de l'abdomen.

Le 16 juin 1958, intervention (Professeur HENRY) : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Perforation sigmoïdienne non néoplasique, avec abcès autour. Epanchement sanguin. Extériorisation de l'anse. La perforation est lenticulaire, au sommet de l'anse sigmoïde. Fermeture chirurgicale spontanée. Guérison.

OBSERVATION N° 43. (Professeur HENRY.)

« Sigmoïdite aiguë. *Lâchage de sutures successifs.* »

M. Pan...

1) Opéré par le Docteur BERTRAND tardivement pour une Sigmoïdite suppurée avec abcès lombaire. Incision simple.

2) Le Docteur BERTRAND essaye de fermer la fistule. *Lâchage.*

3) Vu par les Docteurs H. SARLES et E. HENRY. Radiographies montrant que le côlon est fistulisé en avant et en arrière. Intervention (Professeur HENRY) très large. Résection supprimant l'angle gauche. Anus transverse droit.

4) Fermeture de l'anus : *lâchage de l'anastomose.*

5) Réouverture de l'anus : fistules lombaire et iliaque.

6) Dérivation interne par anastomose cæco-rectale, partie haute de l'ampoule. L'anus transverse droit donnant très peu.

7) Fermeture de l'anus transverse droit. *Lâchage.* Nouvel échec de la fermeture. Ce malade *garde son anus*, qui donne beaucoup.

OBSERVATION N° 44. (Professeur HENRY.)

« Sigmoïdite tumorale pseudo-néoplasique. »

M. Bar..., juge Cour d'appel d'Aix.

(Docteur REVOL, boulevard Michelet - Docteur André MONGES.)

Diagnostic : Néoplasme du sigmoïde.

Intervention : Tumeur pas très grosse. Résection, anastomose latéro-terminale. Anus transverse droit. A l'ouverture de la pièce, la muqueuse est saine.

Suites : Dans les semaines suivantes, diarrhée par l'anus transverse, état général sain, mais aussi écoulement par l'anus normal. Pas de désunion. A cause de cela, on n'osait pas fermer. Le Professeur BLANC pense à une amibiase ? ? Le traitement par l'Emétine fait cesser la diarrhée. Fermeture de l'anus longtemps après (un an). Guérison.

OBSERVATION N° 45. (Professeur HENRY.)

« Sigmoïdite tumorale pseudo-néoplasique. »

M. Viv..., 47 ans. (Docteur MURAT, Clinique Roure.)

Depuis plusieurs mois, phénomènes intestinaux à type de colite, avec alternance de constipation et de diarrhée. Puis diarrhée importante avec émission de glaires. Traitement médical. Survenue de phénomènes occlusifs, lors d'une grippe. Radiographie : néo du sigmoïde (radio n° 29).

Intervention le 3 janvier 1959 : Médiane sous-ombilicale. Tumeur de la région recto-sigmoïdienne du volume d'un gros poing. Résection de l'anse sigmoïde, anastomose latéro-terminale. Anus transverse droit. A l'ouverture de la pièce, muqueuse normale. Fermeture de l'anus, un mois après. Va très bien. Guérison.

Observation 45 — Radio N° 29

OBSERVATION N° 46. (Professeur HENRY.)

« Sigmoïdite tumorale pseudo-néoplasique. »

M^lle X... (Saint-Joseph. Service Paul-Buès. Vue aussi par le Docteur André MONGES.)

Malade présentant des phénomènes de sub-occlusion fébrile avec débâcles diarrhéiques. Le diagnostic porté est celui de néo.

En décembre 1959, intervention : Médiane sous-ombilicale. On trouve une tumeur de la grosseur d'un gros poing, siégeant à la jonction recto-sigmoïdienne, mais empiétant sur l'ampoule rectale, enclavée dans le Douglas, adhérante aux parois pelviennes. Libération. Résection. Anastomose latéro-terminale. Anus transverse droit. Muqueuse saine à l'ouverture.

Examen histologique : Sigmoïdite. Suites opératoires normales. Va très bien. Guérison.

OBSERVATION N° 47. (Docteur Aman BERNARD.)

« Sigmoïdite perforée. »

Mme Ser... En mai 1958, le Docteur BERNARD examine cette malade qui présente une péritonite à point de départ à droite, fébrile. Les signes d'examen sont localisés dans la fosse iliaque droite. Le diagnostic est celui de péritonite appendiculaire.

Le 20 mai 1958, le Docteur LUCCIONI opère cette malade :

1) Incision de Mac Burney. A l'ouverture du péritoine, présence de pus fécaloïde, l'appendice est sain. Il referme.

2) On fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. Découverte d'une perforation du sigmoïde. Extériorisation, résection avec anus *in situ*. Suites opératoires satisfaisantes. Traitement par Streptomycine : 1 g par jour, plus 1,50 g de Néomycine Diamant. Fermeture de l'anus huit mois après. Va très bien. Guérison.

OBSERVATION N° 48. (Docteur M. CARCASSONNE.)

«Sigmoïdite suppurée tumorale. »

Mme Mai..., 60 ans.

Le 8 juillet 1958, le Docteur Michel CARCASSONNE est appelé en consultation par le Docteur PINET. Début huit jours auparavant par des douleurs hypogastriques gauches. Vomissements. Arrêt des matières et des gaz. Le tout accompagné de fièvre. Cessation au bout de deux jours par la Morphine. Le transit redevient normal. La température persiste ainsi que la constipation, jusqu'à la veille de la consultation où il existe une débâcle diarrhéique. Auparavant, on ne relève qu'une tendance à la constipation. Jamais de sang dans les selles.

A l'examen : masse arrondie très douloureuse, prolabée dans le Douglas. Le diagnostic porté est celui de kyste de l'ovaire tordu, datant de huit jours.

Le 9 juillet : laparotomie médiane. Découverte d'une Sigmoïdite importante tumorale à la jonction recto-sigmoïdienne. Pas d'adhérence avec le grêle. Cæcostomie. Suites normales. Hospitalisée jusqu'au 15 août 1958, avec lavages par la cæcostomie et par l'anus avec Néomycine et Ganidan tous les jours. Fermeture progressive de la cæcostomie. Sortie en apyrexie.

Le 14 octobre 1958, transit intestinal excellent : 2 selles par jour. Plus de température, sinon un petit fébricule vespéral. Persistance d'une fistulette cæcale. Pas de traitement suivi. A l'examen : fistulette cæcale à fermer. Opération fixée le 21 octobre 1958. Antibiothérapie préparatoire : Ganidan, Néomycine.

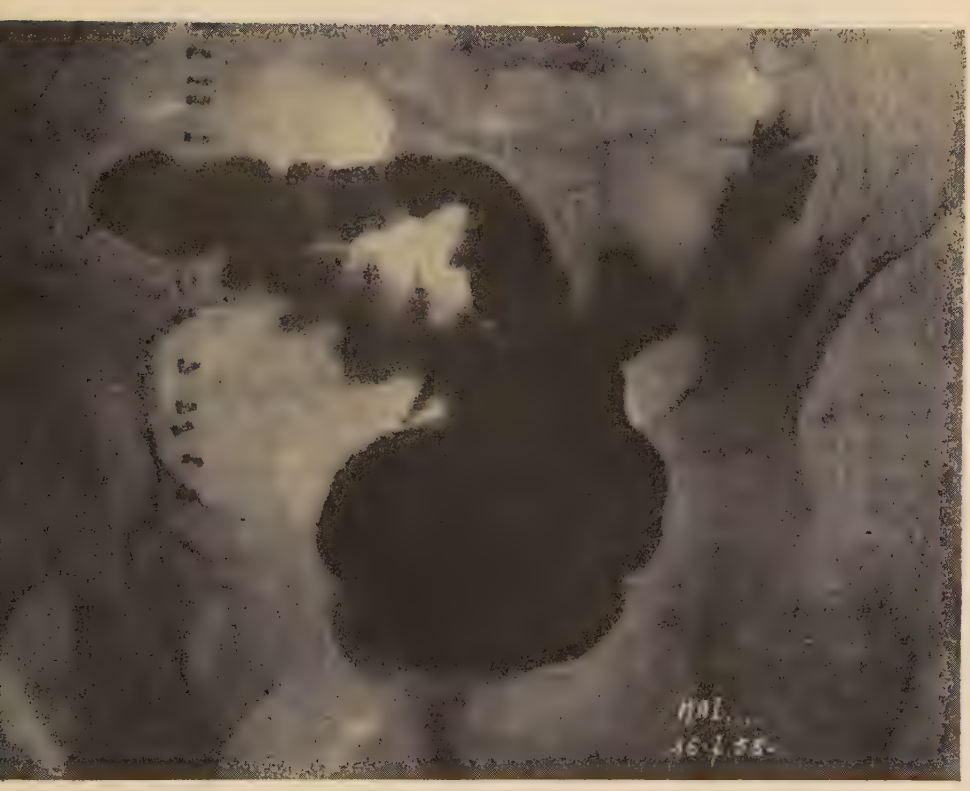
Le 21 octobre 1958 : fermeture de la fistule cæcale en un plan au fil Nylercé 000, petit drainage sous-cutané.

Le 30 octobre : sort guérie.

Le 4 décembre 1958 : vient consulter. Bon état. La malade a eu, le 21 novembre, une crise douloureuse suivie d'hémorragie rectale, vite rentrée dans l'ordre. Selles régulières tous les jours. Pas de température pour autant que la malade la prenne. Pas de douleurs. Examen : cicatrisation parfaite du cæcum et de la laparotomie. Depuis, guérison persistante.

Du point de vue radiologique, trois séries ont été pratiquées le 16 juillet 1958

(sept jour après la cæcostomie), le 2 août 1958 et enfin le 26 février 1959. Dans la première (radio n° 30), on note la sténose au niveau du sigmoïde, ainsi que l'aspect typique de Sigmoïdite de toute l'anse sigmoïde. Dans la deuxième, la sténose a presque disparu. Enfin, en février 1959 (radio n° 31), l'intestin est *normal*. Ce résultat fut obtenu par simple cæcostomie et antibiothérapie.



Observation 48 — Radio N° 30

Observation 48 — Radio N° 31

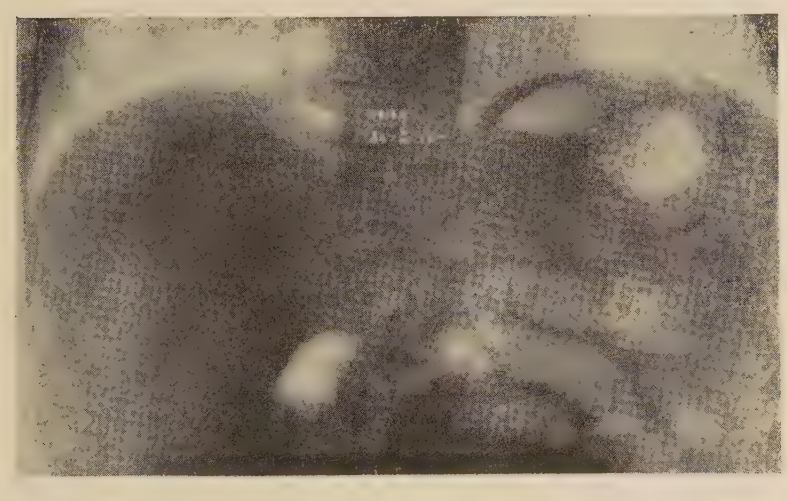
OBSERVATION N° 49. (Service du Professeur agrégé FIGARELLA.)

« Perforation d'un diverticule sigmoïdien. »

M. Mar..., 60 ans. Ce malade entre en urgence dans le Service du Professeur agrégé FIGARELLA, le 24 février 1960, pour une douleur abdominale violente, survenue en travaillant. Dans les antécédents, on relève une gastrectomie des 2/3 en 1937, un diabète depuis 1955 pour lequel le régime a amené une amélioration. Des crises d'asthme depuis vingt ans.

Il y a huit jours, il a ressenti une douleur partant des testicules et remontant jusqu'à la région ombilicale, irradiant dans la fosse iliaque gauche. Pas de vomissements. Urines normales. Selles régulières, sauf depuis 48 heures où s'est installé un arrêt des matières et des gaz.

A l'examen, douleur dans la fosse iliaque gauche qui est empâtée et se défend. On pratique une radiographie de l'abdomen sans préparation (radio n° 32) en position debout, qui montre un croissant gazeux sous-diaphragmatique droit.



Observation 49 — Radio N° 32

Traitement : glace sur l'abdomen, antibiotiques (Pénicilline, Streptomycine). Ce traitement amène une rémission des signes et une reprise du transit.

Le 2 mars 1960, un lavement baryté (radio n° 33) révèle une diverticulose sigmoïdienne sans Sigmoïdite. Présence d'un diverticule « en ménisque ». Existence d'une zone suspecte sur le côlon gauche.

Donc, il s'agissait d'une diverticulite avec perforation d'un diverticule ayant tourné court. On propose une dérivation, mais le malade sort de l'hôpital et on lui institue un traitement discontinu, mais prolongé par la Néomycine Diamant : 1,50 g par jour pendant 10 jours, puis arrêt 10 jours et recommencer. Actuellement, le 30 octobre 1960, il va très bien.

Observation 49 — Radio N° 33

OBSERVATION N° 50. (Docteur M. CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite diverticulaire tumorale pseudo-néoplasique. »

M. Dup..., 57 ans. Aucun antécedent digestif. En septembre 1959, émission de selles verdâtres ? ? ?

Observation 50 — Radio N° 34

Le 20 octobre 1959, apres avoir mangé des haricots, il ressent de petites douleurs dans le bassin. Selles normales. Le lendemain, au lever, douleur violente, en coup de poignard, au niveau de la fosse iliaque gauche ; à ce moment, la température est normale, mais le soir elle atteint 39°,6. Pas de vomissements, mais arrêt des matières et des gaz. Un traitement à la Pénicilline est institué. Le syndrome sub-occlusif s'atténue et, dix jours plus tard, un lavement baryté

est pratiqué (radios nos 34 et 35), le 30 octobre 1959, il montre une lacune du bord droit du sigmoïde avec disparition du liséré de sécurité. Images de « perles enfilées ». Entre temps, une rectoscopie avait montré la présence de pus et de sang. Le diagnostic est celui d'un cancer du sigmoïde. Le lendemain, le malade entre à la Clinique Roure.

Observation 50 — Radio N° 35

Le 31 octobre 1959, intervention (Dr Carcassonne) : Anus transverse droit. L'anus est ouvert le lendemain et fonctionne immédiatement. Le traitement institué alors est le suivant : Néomycine 1,50 g *per os* par jour, et lavements quotidiens par les deux bouts (anus naturel et partie distale de l'anus transverse) avec deux ampoules de Néomycine dans le lavement. L'état général et fonctionnel s'améliore très vite. Plusieurs séries de radiographies sont pratiquées.

Le 17 novembre 1959, radio (n° 36) qui montre une nette amélioration et surtout apparition de diverticules signant le diagnostic.

Le 4 février 1960 (radio n° 37), le sigmoïde est redevenu absolument normal.

Devant la guérison clinique et radiologique, le 1er mars 1960, sous anesthésie générale, fermeture intra-péritonéale de l'anus transversal (Docteur Cascassovi). On vérifie opératoirement que le sigmoïde est redevenu souple et normal.

La guérison se maintient actuellement.

Observation 50 — Radio N° 36

Observation 50 — Radio N° 87

OBSERVATION N° 51. (Docteur M. CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite tumorale pseudo-néoplasique. »

Mme Isn..., 50 ans. Malade hospitalisée dans le Service du Docteur LUCCIONI, le 28 octobre 1957, pour hémorragies rectales : la première ayant débuté il y a six ans, la dernière en février 1957. Elle présente des douleurs de la fosse iliaque gauche irradiant dans tout le côté gauche de l'abdomen. Constipation suivie de petites selles glaireuses peu abondantes. Pas de ténesme. Pas d'amaigrissement. Appétit à peu près conservé. Fièvre aux alentours de 38°,5, cédant après les petites débâcles diarrhéiques.

Observation 51 — Radio N° 38

Dans les antécédents, on relève une pleurésie en 1920 et un traitement pour tuberculose en 1944.

A l'examen, l'état général est bien conservé. Abdomen : masse très douloureuse à la palpation, se situant dans la fosse iliaque gauche, mobile, du volume d'un pamplemousse.

Depuis son entrée, la malade va de moins en moins à la selle et, le 3 novembre 1957, elle est en sub-occlusion.

Le 4 novembre, un lavement baryté (radios nos 38 et 39) montre une sténose organique serrée, sans signes d'inflammation. Absence de diverticules. Cette sténose fait penser à un cancer du sigmoïde.

Le 5 novembre 1957, intervention sous anesthésie générale. Anus sous-hépatique. Moucheture le 3e jour. Ouverture circulaire le 6e jour. On institue un traitement par Néomycine (1,50 g *per os* et par jour) ainsi qu'un lavement quotidien par deux voies (anus naturel et orifice digital de l'anus sous-hépatique) avec deux ampoules de Néomycine dans le lavement. L'anus fonctionne bien, la fièvre redevient normale et la masse de la fosse iliaque gauche devient d'abord de moins en moins sensible, puis indolore.

Trois mois après, tout signe inflammatoire et tumoral ayant disparu, le 31 janvier 1958, sous anesthésie générale en circuit fermé, on pratique la fermeture de l'anus sous-hépatique par voie intra-péritonéale à points séparés. Suites opératoires normales. La malade sort guérie le 8 mars 1958.

La guérison se maintient actuellement.

Observation 51 — Radio N° 39

OBSERVATION N° 52. (Docteur Michel CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite aiguë tumorale pseudo-néoplasique perforée. Récidive après dérivation fermée trop tôt. »

Mme Tro..., 76 ans.

Le 29-9-1958, la malade est envoyée dans le Service du Docteur LUCCIONI par son médecin pour un syndrome abdominal aigu.

Observation 52 — Radio N° 40

Les troubles ont débuté le samedi 27 septembre, le matin, par des douleurs très violentes, à type de crampes, barrant tous les mouvements, siégeant dans la fosse iliaque gauche. Pas de vomissements. Arrêt des matières et des gaz

datant de trois jours. Température à 39°5. Pas de gargouillements ni de sensation de distension gazeuse. D'autre part, bon appétit, pas d'amaigrissement, ni d'asthénie. La malade est très constipée, de façon chronique. Jamais de sang dans les selles, quelques vomissements. Aucun trouble urinaire.

A l'examen, l'abdomen est souple, mais ballonné, non douloureux, mais on trouve une zone d'empâtement résistant et très douloureux occupant toute la fosse iliaque gauche, donnant la sensation d'une tumeur.

Observation 52 — Radio N° 44

Le 30 septembre 1958, lavement baryté (radio n° 40) qui montre un œdème important du sigmoïde, ébauche de diverticules et surtout une perforation bouchée.

Le 1er octobre 1958, sous anesthésie générale en circuit fermé, on établit un anus iliaque gauche avec le diagnostic de Sigmoïdite aigue. « Incision verticale dans l'hypochondre gauche. Au milieu de nombreuses adhérences, on trouve

un segment colique qui semble être le transverse, un peu de pus faisant issu au milieu des adhérences. On exteriorise ce côlon sur baguette de verre. Fermeture. » Suites opératoires satisfaisantes. Disparition du météorisme et des douleurs, pas de vomissements, bon appetit, mais la temperature se maintient entre 37°,5 et 38°,5. La malade prend 1,50 g de Néomycine par jour pendant 23 jours, avec de l'Ultra-levure, 2 ampoules par jour.

Observation 52 — Radio N° 42

Le 28-10-1958, un lavement baryté (radio n° 41) fait par l'orifice distal de l'anus transverse montre l'apparition de diverticules, confirme la fistule et un œdème toujours important. La temperature ne décroche pas ; on reprend la Néomycine : 1,50 g par jour.

Le 18-11-1958 nouvelle radiographie (radio n° 42) montrant la persistance des phénomènes inflammatoires et la presence de diverticules. Fistule toujours présente. La température redevient normale le 16-11-1958.

Le 25-11-1958 (un mois et demi apres son établissement), sous anesthésie

générale en circuit fermé. Fermeture de l'anus : « Incision en quartier d'orange autour de l'orifice. Avivement des bords du côlon. Fermeture en un plan au nylon. » La température se maintient entre 37°,5 et 38°, malgré 1,50 g de Néomycine. La malade sort le 23 février 1958, son état général est satisfaisant, mais asthénie, amaigrissement assez marqué, température à 37°,5. Du point de vue digestif, faible appétit. Constipation rebelle. Nécessité de purgations périodiques. Douleur intermittente diffuse de la fosse iliaque gauche, non modifiée par les repas, disparaissant en décubitus latéral droit, à type de tiraillement. Pas d'irradiations. Elle est apparue après la deuxième intervention et est retrouvée à la palpation profonde de la fosse iliaque gauche.

La malade revient dans le service le 19 mars 1959 pour une *récidive* de sa Sigmoïdite, avec fièvre à 39°,7. Arrêt des matières et des gaz, douleurs violentes et permanentes de la fosse iliaque gauche. A l'examen, on perçoit une collection au niveau de l'ancien anus et sur tout le trajet du côlon gauche. Il s'agit d'un abcès de la paroi et péri-colique, l'état général est très touché.

Le 21 mars 1960, sous anesthésie locale, vu le mauvais état général, on établit un nouvel anus transverse droit qui fonctionne immédiatement, mais la température reste élevée, au-dessus de 39°, malgré les antibiotiques à forte dose.

Aussi, le 30 mai 1960, on ouvre l'abcès de la fosse iliaque gauche, créant ainsi une fistule pyostercorale.

Le 3 juillet 1960, reprise et mise à plat de la fistule. Dès lors, apyrexie se maintenant.

Actuellement, en octobre 1960, la fistule est tarie, la dérivation fonctionne bien. On hésite et on attend encore pour refermer la colostomie.

OBSERVATION N° 53. (Docteur M. Carcassonne.)

« Sigmoïdite aiguë hémorragique. Perforation du lavement baryté après traitement par l'A.C.T.H. »

Mme Bou..., 68 ans. Malade entrée dans le Service du Docteur Luccioni le 3 juin 1958 pour rectorragies.

Depuis quelques mois, elle présente des alternatives de constipation et de diarrhée avec faux besoins, émissions de sang noirâtre dans les selles en quantité abondante. Amaigrissement important. A l'examen, l'appareil digestif ne révèle rien de particulier ; l'abdomen est souple, le toucher rectal est négatif. Elle présente, d'autre part, une affection neurologique avec atteinte médullaire. Il demeure un déficit de la jambe droite. Elle vient d'être traitée à l'A.C.T.H. pour état de mal asthmatique.

Le 17 juin 1958, lavement baryté (radio n° 43) qui montre une lacune du sigmoïde. Pas de sténose, la baryte est extra-rectale et l'on note deux perforations.

Dès le lavement baryté, état de choc important avec atteinte profonde de l'état général, hyperthermie, l'abdomen se défend dans son ensemble.

Le 26 juin 1958, intervention sous anesthésie générale en circuit fermé (Docteur Carcassonne). « Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, le gros intestin est très dilaté : l'exploration du pelvis révèle des adhérences très importantes entre les annexes vraisemblablement kystiques qui semblent perforer dans le sigmoïde. Dès leur libération, la baryte sort du pertuis sigmoïdien. Poursuivant la libération du rectum, on trouve une autre perforation sur la face antérieure, juste au point de réflexion du cul-de-sac de Douglas. On poursuit la libération du rectum sous-péritonéal. Tout le tissu sous-péritonéal est infarci, laissant écouler un liquide de putréfaction rempli de baryte.

. . On pratique l'ablation du rectum et du côlon sigmoïde par voie haute, mais on est obligé de compléter cette résection par une amputation par voie périnéale pour assurer un drainage par en bas et en haut. Deux Mickulicz sont aussi placés

sur antibiotiques. Fermeture de l'incision abdominale en un plan au fil de bronze. Par une contre-incision latérale, on attire le bout proximal du côlon gauche ».

Décès le lendemain 27 juin 1958.

Observation 53 — Radio N° 43

OBSERVATION N° 54. (Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite tuberculeuse tumorale pseudo-néoplasique. »

M. Gri..., 37 ans. Ancien tuberculeux pulmonaire, ayant subi des cures sanatoriales, une collapsothérapie et une thoracoplastie.

En janvier 1956, depuis quelques semaines, troubles du transit.

Il entre en clinique le 7 février 1956, car après une pyrexie importante n'ayant pas cédé au traitement antibiotique, apparaît une sub-occlusion intestinale. Arrêt des matières et des gaz. Vomissements. A l'examen : masse de la fosse iliaque gauche. Radiographies le 7 février 1956. Diagnostic : Néo du sigmoïde.

Le 8-2-1956 : Anus iliaque gauche contre-nature pour néo du sigmoïde.

Le 2-3-1956 : colectomie avec rétablissement de la continuité. L'examen histologique révèle une *sigmoïdite tuberculeuse*. Bonnes suites, mais plus tard de petits incidents obligent à réintervenir.

Le 19 juillet 1956 : ablation de fils de nylon de la paroi, qui ont suppuré.

Le 18 octobre 1957 : cure d'une éventration par le Docteur M. CARCASSONNE. On vérifie à cette occasion que le côlon est normal, l'anastomose bien perméable.

Le 20 janvier 1959 : fermeture d'une fistule intestinale d'origine tuberculeuse, par voie intra-péritonéale, plus cure d'éventration.

Le 1er mars 1960 : cure d'une autre fistule et d'une nouvelle éventration.

Va bien. Guérison, avec persistance d'une fistule intestinale tuberculeuse.

OBSERVATION N° 55. (Docteur M. CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite aiguë perforée. »

M. Oli..., 64 ans. Le Docteur Michel CARCASSONNE est appelé en consultation, le 24 février 1960, auprès de ce malade qui présente un tableau de péritonite aiguë généralisée, chez un sujet obèse, emphysémateux et cyanotique. L'abdomen est en contracture généralisée et ne respire pas, avec hyperesthésie cutanée très importante, prédominant en bas. Etat de choc. Ce tableau évoque, soit une péritonite par perforation, soit un infarctus intestinal. Le malade entre en urgence en clinique. Une radiographie de l'abdomen, sans préparation, révèle un croissant gazeux.

Le 24 février 1960, dans la soirée, intervention (Dr M. CARCASSONNE). Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve une tumeur du sigmoïde, au centre de laquelle existe une plaque de nécrose par laquelle sourdent des matières fécales. La tumeur est de la grosseur de deux poings, avec sclérolipomatose intense qui laisse échapper du pus. Toilette de la cavité péritonéale. Anus iliaque gauche, très près de la lésion, par une contre-incision et extériorisation de la tumeur sur mèches.

Traitement post-opératoire : Néomycine, Ganidan et Pénicilline. Ouverture de l'anus, 24 heures après. Suites opératoires excellentes.

Douze jours après, on cesse la Néomycine *per os* et l'on fait tous les jours des lavages du bout inférieur par de petits lavements à la Néomycine. On retire les mèches progressivement, les antibiotiques sont diminués petit à petit, on laisse seulement de l'Oxyferriscorbone sodique.

Le 16 avril 1960 : Fermeture secondaire de la région d'extériorisation, c'est-à-dire cure de l'éviscération. Ce malade sort de la clinique avec le traitement suivant : régime sans résidus et, tous les mois, radiographie du côlon et cure de huit jours de Colimycine et Néomycine.

Le 26 octobre 1960, après 24 heures de préparation par Néomycine et Ganidan, ainsi que des lavages du bout inférieur, on pratique la cure de l'anus iliaque : suture en un plan. Colimycine post-opératoire. Température à 37° le lendemain. Il sort le 8e jour guéri, mais par prudence on marque un traitement médical d'entretien.

OBSERVATION N° 56. (Professeur agrégé J. Comiti.)

« Sigmoïdite diverticulaire aiguë avec sub-occlusion. »

Mme Fav..., 65 ans. Le 25 décembre 1959, la malade présente un épisode infectieux avec frissons, état fébrile, sub-occlusion, douleur au niveau de la fosse iliaque gauche, pas de vomissements ni de signes urinaires. Cet état dure quinze jours, puis tout rentre dans l'ordre.

Observation 56 — Radio N° 44

En février 1960, nouvelle crise, plus aigue cette fois. Douleur plus violente, sub-occlusion. Son médecin lui institue un traitement médical par les antibiotiques et, au bout de dix jours, elle va beaucoup mieux.

Le 11 février 1960, un lavement baryté montre une Sigmoïdite diverticulaire typique (radio n° 44) avec conservation du liséré de sécurité (radio n° 45).

Depuis cette crise, la malade garde une douleur persistante au niveau de la fosse iliaque gauche, avec anorexie, amaigrissement.

Le 22 avril 1960, elle ressent une douleur très violente, subite au niveau de la fosse iliaque gauche, sans irradiation. Il s'installe immédiatement un état de sub-occlusion.

Observation 56 — Radio N° 45

Elle est admise à la Clinique Pasteur, avec le diagnostic de poussée de Sigmoïdite aiguë. Elle est traitée médicalement par glace sur l'abdomen, lavements chauds, antispasmodiques (Buscopan et Surparine) et antibiotiques (Néomycine : 1,50 g par jour).

Le transit se rétablit très vite. Elle reste en clinique quinze jours et sort guérie. Actuellement, guérison persistante.

OBSERVATION N° 57. (Service du Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite aiguë avec sub-occlusion. »

Mme Tom..., 73 ans. Malade hospitalisée le 25 mai 1960, dans le Service du Professeur OLMER, pour y subir un bilan cardio-vasculaire, car elle présentait des crises douloureuses épigastriques irradiant en ceinture vers la région lombaire et remontant aussi vers le thorax, avec bâillements. Ces crises sont de durée variable, en général une demi-journée, et se reproduisent une à deux fois par semaine, s'accompagnant d'anorexie, d'amaigrissement : 12 kilos en trois mois, asthénie et céphalées. La constipation est habituelle. Elle présente aussi quelques crises de coliques sans syndrome de Kœnig.

Dans les antécédents, on note une cholécystectomie en 1955 par le Professeur HENRY. Dans les suites, elle fit une phlébite avec embolie pulmonaire. En mars 1960, elle présente un ictère qui nécessita son hospitalisation à l'Hôpital Saint-Joseph, où elle subit un drainage chirurgical du cholédoque. On trouva des calculs et de la boue. L'examen de l'abdomen est négatif.

A partir du 8 juin 1960, elle présente une sub-occlusion, avec arrêt plus ou moins complet des matières et des gaz. Pas de vomissements. Etat subfébrile, avec météorisme abdominal et douleur à la palpation de la fosse iliaque gauche où l'on perçoit un « boudin » sigmoïdien.

Le 18 juin 1960, elle passe à la Clinique chirurgicale du Professeur CARCASSONNE, l'état de sub-occlusion date de dix jours. Les gaz sont rares. Pas de vomissements, mais nausées fréquentes, de même dysurie d'apparition récente.

A l'examen, l'abdomen est ballonné, sonore à la percussion. Pas de péristaltisme. On trouve une éventration sur la cicatrice ancienne.

Le 24 juin 1960, un lavement baryté confirme une Sigmoïdite aiguë.

On institue un traitement médical : glace sur l'abdomen et Néomycine : 1,50 g par jour. Le transit reprend rapidement, la température redevient normale.

Elle sort le 28 juin 1960, très améliorée.

Actuellement, malade revue ; guérison persistante.

OBSERVATION N° 58. (Docteur PATRICE.)

« Sigmoïdite tumorale pseudo-néoplasique. »

Mme H..., 36 ans. Malade amenée en urgence, en septembre 1959, avec le diagnostic, confirmé par le chirurgien, de kyste de l'ovaire gauche tordu.

Depuis 48 heures, elle ressentait des douleurs paroxystiques de la fosse iliaque gauche, avec constipation, état nauséeux et fébricule à 38°.

Dans ses antécédents, on note un kyste de l'ovaire gauche, diagnostiqué par le Docteur DIEULANGARD, et un amaigrissement de 8 kilos en deux mois.

A l'examen, on perçoit une petite masse de la grosseur d'une mandarine dans la fosse iliaque gauche, douloureuse au palper et fixée, non retrouvée au toucher rectal ni au toucher vaginal. Aucun signe péritonéal.

Intervention le jour même (Docteur PATRICE) sous anesthésie générale en circuit fermé. Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'exploration des organes génitaux est négative. Par contre, au niveau de l'anse sigmoïde, on perçoit une masse tumorale de la grosseur d'une pêche, d'aspect nécrotique, très dure, peu adhérente aux organes de voisinage ni à la paroi. Elle est située sur le bord libre du sigmoïde. Il semble s'agir d'un cancer. On décide, la malade n'étant pas préparée, de pratiquer un anus à éperon transverse droit. Fermeture. Suites opératoires : ouverture de l'anus, 48 heures après. Fébricule pendant douze jours. Néomycine : 1,50 g par jour.

Vingt jours après (la malade ayant absorbé 1 gramme de streptomycine *per os* 48 heures avant), réintervention en vue d'une colectomie pour néo. Paramédiane gauche (Docteurs BOURRET et PATRICE). On constate alors que la lésion sigmoïdienne a complètement disparu. Le sigmoïde est normal et souple. Fermeture intra-péritonéale de l'anus nécessitant une petite résection. Suture termino-terminale en un plan. Drain au contact. Suites opératoires normales.

Cette malade a été revue récemment, guérison se maintenant.

OBSERVATION N° 59. (Docteur R. MICHEL-BECHET.)

« Sigmoïdite diverticulaire tumorale, pseudo-néoplasique. »

M. Geo..., 67 ans. Ce malade est adressé au Dorteur MICHEL-BECHET par le Docteur SAIGNEAU. Il présentait des signes de lésions coliques gauches, avec hémorragies rectales, crises de sub-occlusion. A l'examen, on perçoit une tumeur de la fosse iliaque gauche sensible au palper. L'examen radiologique montre une sténose très longue, sans image lacunaire proprement dite, avec des diverticules nombreux.

Le 28 mars 1958, dans un premier temps, on pratique un anus de dérivation à droite ; dérivation complète et en même temps une cure de hernie droite. Suites opératoires normales, anus ouvert le 3e jour, fonctionnant immédiatement.

Le 16 mai 1958, incision para-médiane gauche. On reconnaît une masse très diminuée de volume, mais sur une zone de 70 centimètres, des diverticules plus ou moins agglutinés. La lésion siège sur le côlon iliaque et un peu sur le descendant. Le côlon transverse étant très mobile, nous rejetons l'idée d'une résection et nous pratiquons une anastomose interne latéro-latérale très large entre le transverse et la charnière recto-sigmoïdienne. Les suites opératoires ont été simples.

Un mois après, fermeture de l'anus.

Le contrôle radiologique montre que le lavement passe aisément dans le transverse.

Ce malade a été revu plusieurs fois, en parfait état, sans aucun trouble, aucune masse palpable. Etat général et local parfait.

N'oublions pas de dire qu'à chaque moment opératoire, le malade a été préparé par la Néomycine et la désinfection. Guérison.

OBSERVATION N° 60. (Docteur R. MICHEL-BECHET.)

« Sigmoïdite tumorale pseudo-néoplasique. »

M. A..., 57 ans. Ce malade a été opéré, il y a trois ans (1955) pour un syndrome d'occlusion intestinale. L'examen clinique avait reconnu une masse importante colo-rectale. Le chirurgien qui l'opéra, pratiqua un anus cæcal en disant à la famille qu'il s'agissait d'un cancer inopérable, d'issue fatale et rapprochée.

Le malade garde cet anus cæcal pendant *trois ans*. Très gêné par cette infirmité, il demande plusieurs fois à cet autre chirurgien, la fermeture de l'anus. Il est chaque fois répondu, qu'étant donné les constatations cliniques et opératoires, il ne pouvait être question de fermer l'anus, ni de pratiquer l'exérèse.

Le Docteur MICHEL-BECHET voit ce malade le 9 décembre 1958. « La première intervention ayant été pratiquée par un autre chirurgien, et n'ayant pas les éléments du dossier, nous sommes un peu hésitants, quoique sûrs de la bénignité de la lésion. On demande l'étude d'un lavement opaque. Celui-ci ne permet de reconnaître aucun arrêt, le transit est absolument libre dans la zone suspecte. A noter seulement deux diverticules coliques sur le côlon descendant. Fermeture de l'anus intra-péritonéale, au cours de laquelle on constate que le sigmoïde est parfaitement sain et souple. Suites opératoires normales. »

Traitement post-opératoire par la Néomycine : 2 grammes par jour.

Guérison, le malade se porte très bien.

OBSERVATION N° 61. (Docteur R. MICHEL-BECHET.)

« Sigmoïdite diverticulaire tumorale pseudo-néoplasique. »

Mme Bau..., 49 ans. En 1951, la malade vient consulter pour un fibrome utérin enclavé, bloquant le petit bassin et donnant des troubles du transit. Le toucher rectal est alors négatif. Elle est opérée pour ce fibrome : hystérectomie

totale. Puis elle présente une tumeur de la fosse iliaque gauche, très dure, avec deux diverticules à la radiographie.

Intervention : tumeur énorme du côlon sigmoïde avec des ganglions énormes. Cette tumeur est trop grosse pour être un cancer. Résection colique avec anastomose termino-terminale. Fistulisation cæcale de décharge. Drainage sous-péritonéal aspiratif, type Barraya, et drainage vaginal. Suites immédiates parfaites. Gaz rapides après 48 heures.

Après deux mois, fermeture de l'anus cæcal. Dès lors, elle présente des crises douloureuses avec ballonnement pelvien, fièvre et sub-occlusion. Au toucher rectal, on perçoit un rétrécissement admettant le doigt. Elle a été dilatée deux fois sous anesthésie. Elle va provisoirement bien en ne faisant pas d'écarts de régime et en suivant le traitement à base de Néomycine *per os*, Cortisone et Oxyferriscorbone sodique.

Quel sera l'avenir et que faire à cette malade ?

OBSERVATION N° 62. (Docteur R. MICHEL-BECHET.)

« Sigmoïdite diverticulaire pseudo-néoplasique avec fistule sigmoïdo-vésicale. »

M. The..., 63 ans.

En avril 1947, ce malade présente un syndrome d'occlusion intestinale avec dilatation cæcale à la palpation ; la température est à 38°,5. La radiographie montre que le lavement baryté passe bien : dilatation anormale du côlon gauche, haute, sous l'angle splénique. Le toucher rectal est négatif.

Jusque-là, les selles étaient normales, c'est-à-dire qu'elles ne contenaient pas de sang et étaient d'aspect normal. Grâce à une désinfection intestinale et à la glace sur l'abdomen, tout rentre dans l'ordre.

En 1952, le malade présente le même syndrome, avec ballonnement, fièvre à 39°, mais pas de phénomènes occlusifs. A l'examen, on perçoit une masse dans la fosse iliaque gauche et, au toucher rectal, on sent à bout de doigt une masse latéro-gauche. Puis, peu de temps après, apparaissent une douleur abdominale très vive, sus-pubienne, la température est à 39°, et un syndrome occlusif, puis des douleurs vésicales avec pneumaturie et fécalurie (datant de 48 heures, lorsque le malade vient consulter).

Le lavement baryté montre, le 13 février 1952 (radio n° 46), des diverticules à type de « spicules » et une Sigmoïdite simple, sans rétrécissement net, mais surtout (radio n° 47), une fistule sigmoïdo-vésicale avec liséré de sécurité conservé en couche mince.

Un consultant venant de Montpellier ?, sur la perception d'un gros rein droit douloureux, pose le diagnostic de pyonéphrose, et pratique une néphrectomie droite qui confirme la pyonéphrose. Mais, malgré cette intervention, le syndrome urinaire persiste toujours, aussi le Docteur MICHEL-BECHET réintervient par laparotomie et trouve un énorme côlon gauche adhérant à la vessie et une perforation vésicale de la grosseur d'une pièce de 50 centimes et un diverticule sigmoïdien adhérant à ce niveau. Séparation de la vessie et du côlon. On sent bien alors une masse colique au-dessus de la charnière. Fermeture de la vessie en deux plans (avec sonde vésicale à demeure). Résection du côlon gauche, fermeture de l'ampoule en deux plans, abaissement facile du côlon gauche. Recoupe et anastomose termino-latérale sur la face antérieure de l'ampoule en deux plans. Fistulisation cæcale. Drainage sous-péritonéal aspiratif, type Barraya.

A l'ouverture de la pièce, nombreux diverticules. Suites opératoires parfaites. Pas de rétrécissement. Fermeture secondaire de la cæcostomie.

Malade revu en 1957, en parfait état.

Radiographies de contrôle (radios n^{os} 48 et 49) le 5-7-1957, montrant la zone d'anostomose et un côlon normal, en particulier en couche mince.

Actuellement, guérison clinique et radiologique.

Observation 62 — Radio N° 46

Observation 62 — Radio N° 47

Observation 62 — Radio N° 48

Observation 62 — Radio N° 49

OBSERVATION N° 63. (Professeur CARCASSONNE.)

« Sigmoïdite aiguë pseudo-néoplasique. »

Mme Sco..., 85 ans. Malade très âgée, amenée en urgence à la Clinique Roure pour un syndrome occlusif le 16 juillet 1960. Arrêt des matières et des gaz depuis 48 heures, avec douleurs violentes de la fosse iliaque gauche et température à 38°,5 - 39°.

A l'examen, on perçoit une masse de la fosse iliaque gauche très douloureuse et fixée, retrouvée à bout de doigt au toucher rectal.

Le Professeur CARCASSONNE pose le diagnostic de Sigmoïdite aiguë tumorale. Mais cette malade a en même temps un cancer du sein très avancé. Aussi, vu son âge et à cause de la tumeur au sein, le 19 juillet 1960, on pratique, sous anesthésie légère, une cæcostomie en y ajoutant un traitement médical à base de Néomycine : 3 grammes par jour et antispasmodiques.

Suites opératoires excellentes. La cæcostomie fonctionne bien et l'abdomen reprend un volume normal.

Douze jours après, le 31 juillet, la malade quitte la clinique en bon état de point de vue digestif. On continue le traitement par la Néomycine : 1,50 g *per os* et une ampoule en lavement par la cæcostomie.

OBSERVATION N° 64. (Professeur agrégé H. MONGES et Professeur HENRY.)

« Sigmoïdite aiguë à poussées successives et récidivante. »

M. Erg..., 40 ans.

Le 22 avril 1940, ce malade va consulter le Professeur Jules MONGES. Bonne santé habituelle. Nervosisme. Surmenage, Bon appétit. Bonnes digestions. Selles régulières.

Il y a un mois, le malade a ressenti des coliques. Douleurs de la fosse iliaque gauche assez vives avec constipation. Traité par rectopambiline et lavements. Pendant 4 à 5 jours, les douleurs deviennent excessives dans le bas-ventre avec faux besoins 2 à 3 fois par jour. Au bout de 4 jours, fièvre à 39°,9 avec augmentation des douleurs durant toute la nuit, le ventre est dur. Il est transporté en Clinique dans le Service du Professeur FIOLLE, où il est mis à la diète et à la glace sur l'abdomen. En 5 jours, la température revient à la normale avec diminution progressive des douleurs et des faux besoins. Il va bien, sauf un fébricule à 37°,7. La nuit précédente (21-4-1940), il a eu de nouveau des douleurs avec faux besoins de 20 heures à 23 heures. Le sujet est pâle et anémié. Son abdomen est souple, aucun phénomène douloureux. Au toucher rectal, on sent une masse dure à bout de doigt. Rectoscopie : difficile, le rectoscope bute contre une masse qui n'a pas l'aspect fongueux et saignant, la muqueuse semble intacte, mais il est impossible de pénétrer plus loin.

Le 8 mai 1940, la température a disparu. Une selle par jour, plus de faux besoins. Le ventre est souple. Au toucher rectal, la masse a diminué d'au moins 4/5 et paraît beaucoup moins dure. Le malade va bien durant six ans.

En 1946, nouvelle poussée avec les mêmes signes. Un traitement médical amène une nouvelle rémission. Le malade, pendant quatorze ans, ne ressent plus de douleurs ni aucun autre trouble.

En mai 1960, à nouveau, même épisode, mais cette fois, malgré un traitement médical bien conduit par le Professeur H. MONGES, la rémission n'est pas franche, la fièvre persiste ainsi que les douleurs et la tuméfaction.

Aussi le malade entre à la clinique en octobre 1960 pour une intervention chirurgicale. Le Professeur HENRY lui a fait un anus transverse droit. Suites opératoires excellentes. Ce malade est à revoir pour une résection secondaire sous couvert d'anus, car la sténose est très longue (15 centimètres) et très serrée.

DÉFINITION

On entend par Sigmoïdite l'inflammation localisée, limitée généralement au seul côlon iléo-pelvien, d'allure primitive et d'acuité variable, suffisante cependant pour justifier l'appel au chirurgien. C'est, à gauche, l'équivalent de l'ancienne Typhlite à droite.

Cette définition exclut la participation inflammatoire du sigmoïde à une affection entérocolique généralisée. Elle suppose toutes les variétés d'évolution.

Elle élimine les Sigmoïdites de voisinage, trop longtemps considérées comme des formes anatomo-cliniques des Sigmoïdites.

Leur caractère étiologiquement inflammatoire écarte de notre étude les Sigmoïdites traumatiques et herniaires.

Nos observations concernent les seules Sigmoïdites chirurgicales, c'est-à-dire celles qui sont montrées au chirurgien devant l'apparition d'une complication, qui nécessite, au minimum, une surveillance armée et un traitement médical, à proximité de la salle d'opération, au maximum, une intervention d'urgence.

GÉNÉRALITÉS

Nous avons eu l'occasion, durant notre Internat, de voir de nombreuses Sigmoïdites dans le service de notre Maître le Professeur CARCASSONNE et nous avons été frappés par leur fréquence, la variété de leurs manifestations et de leurs complications, ainsi que par leur gravité.

Par ailleurs, nous nous sommes aperçus que diverses méthodes étaient utilisées en matière de thérapeutique. De l'abstention chirurgicale à l'exérèse, en passant par la dérivation temporaire, quelles que soient les méthodes utilisées, le traitement des Sigmoïdites nous est apparu au moins aussi délicat que celui du Cancer du sigmoïde. Le but de ce travail sera de préciser, et le polymorphisme clinique et, par voie de conséquence, la difficulté de l'indication thérapeutique.

Nos Maîtres F. et M. CARCASSONNE, qui s'intéressent au problème des Tumeurs inflammatoires du côlon, dans le cadre de la chirurgie des côlons, depuis de nombreuses années, nous ont demandé pour notre travail inaugural d'envisager ce problème des Sigmoïdites. Leur intérêt est très grand car, outre leur fréquence et leur gravité, elles se présentent souvent comme des cancers. L'attitude thérapeutique doit être subtile, dosée, sans parti-pris et doit nous amener à choisir entre un traitement conservateur médico-chirurgical ou, au contraire, une exérèse.

Si les Sigmoïdites non compliquées, dites « Sigmoïdites Médicales », ne sont pas rares, elles intéressent peu le chirurgien. Par contre, les « Sigmoïdites Chirurgicales », ou Compliquées, le concernent, car lui seul est à même de surveiller un traitement médical, couvrant une abstention chirurgicale ; lui seul peut, et cela grâce aux antibiotiques, proposer une thérapeutique conservatrice et en définir les différents temps ; lui seul enfin décide l'intervention et en choisit la modalité.

Nous tenons, d'autre part, à préciser que ce sujet nous était confié par notre Maître, le Professeur CARCASSONNE, depuis trois ans et demi, quand la question a été mise à l'ordre du jour du Congrès Français de Chirurgie.

HISTORIQUE

On peut le diviser en deux périodes très distinctes.

1° UNE PREMIÈRE PÉRIODE où on individualise les Sigmoïdites d'origine diverticulaire allant jusqu'en 1937.

1770. — Morgagni (d'après Bensaude et Schoemaker) a vu le premier des diverticules sur le cadavre.

1849. — Cruveilhier dans le « Traité d'Anatomie Générale » fit, à l'occasion de l'autopsie de son ami D'Alibert, la première description précise des diverticules en en décrivant l'anatomie, la pathogénie et même la pathologie.

1858. — Sydney Jones décrit la première fistule vésico-colique par diverticulite sigmoïdienne.

1893. — Mayor individualise les « Sigmoïdites ».

1898. — Le Professeur Jaboulay décrit la première péritonite généralisée d'origine diverticulaire.

— Et au Congrès des chirurgiens Allemands, Graser parle de tumeur colique d'origine diverticulaire en mettant en évidence l'importance des diverticules. On nommait cette affection « Maladie de Graser ».

1913. — De Quervain, à Berne, précise le premier le diagnostic par les rayons X.

— Rapport de Patel au Congrès Français de Chirurgie.

1926. — Swynghedauw décrit les modalités du traitement chirurgical de la diverticulite.

1927. — W.-J. Mayo, à propos des « Diverticulites du gros intestin », expose les premières tentatives chirurgicales.

1932. — Bensaude, Cain et Hillemand étudient la question et donnent des précisions médicales.

1935. — Congrès de Chirurgie du Caire. Corachon (Barcelone), Grey-Turner (Londres), Soupault (Paris), Schoemaker (La Haye), Schmieden (Francfort) font le point sur les diverticules.

1936. — Thèse Frallay de Lyon inspirée par Clavel.

1937. — Thèse de Soustelle de Lyon inspirée par Tixier et Bertrand.

2° UNE DEUXIÈME PÉRIODE, pendant laquelle

— on précise le diagnostic différentiel,
— la thérapeutique est mise au point et tend vers l'exérèse,
— et enfin, on montre les possibilités thérapeutiques offertes par la découverte et l'utilisation des antibiotiques à tropisme intestinal.

1940. — Arnheim rapporte 834 cas de diverticulites, traités chirurgicalement.

1942. — Prat et Paschetta font paraître leur Monographie sur les « Diverticules du côlon iléo-pelvien ».
— Smithwick apporte 109 cas de résections de diverticulites du sigmoïde.

1946. Moreno, Dujovich et Forni, auteurs sud-américains, apportent une note plus moderne au traitement chirurgical.

1947. Pembertom et Maino précisent les indications chirurgicales à propos de 389 cas de diverticulites.

1948. — Bonorino Udaondo étudie les Sigmoïdites diverticulaires.
— Bacon et Mac Kay rapportent 104 cas.

1950. — Thèse de Crépy.
Sénèque et Crépy font paraître « Les aspects chirurgicaux des Sigmoïdites ».
— Grieg décrit 72 cas en quatre ans.
— Bacon et L.F. Sherman : 117 malades.
— Fallis et Marshall : 94 observations de Diverticulites.

1951. — Société de Gastro-Entérologie du Sud-Ouest et du Littoral Méditerranéen. Réunion commune consacrée aux diverticules coliques, où l'on met en relief l'exérèse à un stade plus précoce.

1952. — J.P. West publie 118 cas.

1953. — Lloyd-Davies en Grande-Bretagne publie 38 résections sans mortalité.
— J.E. Lewis et Hurtwitz (G.-B.) insistent sur les avantages de la résection avec anastomose immédiate sous couvert d'une colostomie.
Allen aux U.S.A., à propos de 414 Diverticulites, précise la chirurgie de la Diverticulite du côlon.

1954. — R.M. Moore et O.J. Kirksey, en Grande-Bretagne, insistent sur la résection en un temps.

1955. Judd propose la résection prophylactique pour les diverticuloses sigmoïdiennes.

1956. — Bertrand, Francillon et Devaux, puis Loygue précisent les indications chirurgicales.

1958. Girard rapporte 102 observations.

ÉTIOLOGIE

Elle est dominée par l'infection, le plus souvent par voie muqueuse qui est favorisée par la disposition anatomique et physiologique du côlon sigmoïde, côlon de stase et surtout siège de diverticules.

Nous verrons successivement l'étiologie générale, puis l'étiologie particulière.

I. - ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE

Age

C'est une maladie de l'âge mûr. Elle se voit surtout chez l'adulte à partir de 40 ans, avec une prédilection chez ceux qui ont plus de 50 ans.

L'âge moyen est de 59 ans pour Girard (sur 102 cas).

L'âge moyen est de 53 ans pour Mayo.

Rare jusqu'à 20 ans. Cependant le Professeur Salmon possède 6 observations entre 6 et 8 ans.

Hartwell en a décrit à 6, 7 et 10 ans.
Newton : 12 ans.
Dalger : 22 ans.
Primerose : 22 ans.
Ballin : 27 ans.
Girard : 22, 23 et 29 ans.

Et même Ransohoff a publié une Sigmoïdite diverticulaire chez un enfant de 3 ans ; G. Spanu décrit une Sigmoïdite compliquée avec abcès et occlusion du grêle chez un enfant de 4 ans.

Elle n'est pas exceptionnelle chez les vieillards.

Il faut noter que les complications s'observent le plus fréquemment chez des malades âgés, comme si l'âge prédisposait aux formes compliquées.

Terrain

Souvent se voit chez des obèses : 17 sur 22 pour Sutton Bland.

Chez les intellectuels et les citadins, plus que chez les paysans (De Quervain).

Chez l'enfant, c'est en général dans les classes pauvres qu'on les trouve (Prof. Salmon) [régime à base de farineux ?]

Sexe

La majorité des auteurs s'accorde à donner une nette prédominance à l'homme : 2 hommes pour 1 femme.

C'est aussi l'avis de Prat qui trouve 32 femmes pour 34 hommes et de Mayo : 61 % d'hommes.

Par contre, certains auteurs comme Conway et Hitzerot, de même que Girard, pensent qu'il y a égalité entre les deux.

Pour le Professeur Salmon, ses 6 cas intéressent uniquement des garçons.

Race

Là encore, l'accord est fait pour reconnaître une prédisposition raciale (et familiale) chez les Anglo-Saxons et aussi dans la race juive, qui dans ce cas, serait due à de longues habitudes alimentaires ancestrales.

Germes

Variables, en général banaux. Ils sont souvent associés : colibacille, entérocoque, staphylocoque, streptocoque et aussi germes anaérobies.

Chez l'enfant, c'est le plus souvent le staphylocoque qui est en cause (Prof. Salmon).

Aimes a décrit un abcès à *Perfringens*.

II. - ÉTIOLOGIE PARTICULIÈRE

On peut, avec Sénèque et Crépy, diviser l'Etiologie en 3 :

1) Un faible pourcentage de Sigmoïdites pures, non diverticulaires.

2) Un grand nombre reste d'étiologie douteuse.

3) Enfin, une forte proportion de 33 % est indiscutablement diverticulaire avec, au départ, une cause favorisante.

1° Les Sigmoïdites spécifiques

qui sont les plus rares : Tuberculose, Syphilis et Amibiase.

Gabrielle élimine de cette étiologie les deux premières ainsi que l'Actinomycose.

a) LA SYPHILIS.

Pour Rachet, la Sigmoïdite syphilitique n'existe pas.

Bensaude, lui, a simplement constaté sans conclure la coexistence de Sigmoïdite et de Syphilis.

Nous connaissons maintenant la perte de terrain de la Syphilis, aussi à notre époque cette étiologie n'est-elle qu'à citer pour satisfaire certains esprits conformistes.

b) L'AMIBIASE.

Rarement en cause lors des Sigmoïdites pures. Elle atteint le sigmoïde, mais aussi de la même façon le côlon gauche sus-jacent et le rectum sous-jacent.

c) LA TUBERCULOSE.

Sa localisation au sigmoïde est possible comme elle se fait sur le cæco-ascendant, donnant ses deux formes :

— ulcéreuse ou

— hypertrophique, la plus fréquente ; c'est une forme tumorale.

2° Les causes favorisantes

Ce sont celles qui expliquent la localisation de l'inflammation sur le sigmoïde.

1) La coprostase primitive ou associée à un méga-dolicho-côlon.

Elle crée une irritation mécanique et l'infection des parois. Son rôle ne paraît pas déterminant pour Girard.

2) Le péristaltisme et l'antipéristaltisme, lors de la défécation, créent au niveau du sigmoïde des traumatismes pariétaux répétés.

3) Les corps étrangers, surtout s'ils sont inclus dans la muqueuse (arête de poisson, etc.).

4) Les malformations pariétales :

Nous citerons le dolicho ou le mégacôlon qui agit par la coprostase qu'ils occasionnent, mais nous rappellerons que Girard, sur 102 observations de Sigmoïdite diverticulaire, n'en a trouvé aucun cas.

Ce sont essentiellement LES DIVERTICULES qui dominent l'étiologie, mais on ne peut leur attribuer la responsabilité exclusive des accidents inflammatoires de l'S iliaque.

Ces diverticules vont nous retenir pendant quelques lignes.

A) Leur fréquence

Elle est assez grande. C'est un sujet mal connu en France par beaucoup de médecins.

En gros, les diverticules sont en cause dans 33 % des cas de Sigmoïdites, c'est-à-dire les cas où on les retrouve par la radiographie ou sur les pièces opératoires.

Girard trouve que les diverticules sont le facteur étiologique dans 64 % de ses 102 cas, alors que beaucoup de statistiques donnent 50 à 70 %.

Lepère et Deloyers disent que 5 à 10 % des individus de plus de 40 ans sont atteints de diverticulose ; la fréquence augmentant avec l'âge.

Jasoni donne le chiffre de 4,5 %.

Brown et Marcley celui de 5 %.

Vincent (de Lille) celui de 10 %.

Pour Prat, la fréquence des diverticules est à peu près de 2 à 3 % sur la moyenne des humains. Rappelons les chiffres qu'il donne :

D'après les autopsies :

Maxwell Telling..	sur	13.068	=	28	diverticules	= 0,21 %
Larimore	sur	4.408	=	53	»	= 1,02 %
Spiggs et Marxer..	sur	1.000	=	100	»	= 10 %
Zieglen	sur	2.000	=	1	»	= 0,05 %
Mailler	sur	498	=	34	»	= 7 %

Par la radiographie :

— Mailler à la Mayo-Clinic, sur 3.200 examens, trouve 7 % de diverticules. En France, sur 1.000 autopsies, Mourgues trouve 29 diverticules. Donc la majorité des auteurs s'accorde à trouver chez les individus normaux un pourcentage de porteurs de diverticules de l'ordre de 5 à 10 %.

— L. Provenzale pense que la Diverticulite est bien plus fréquente qu'on ne le croyait auparavant.

Il ne faut cependant pas abonder dans le sens extrême, comme Patel, Strauss et Forni qui disent que le diverticule est à l'origine de toute Sigmoïdite, ou comme à l'opposé Bensaude, Cain, Hillemand, Delore et Clavel qui pensent que le diverticule est loin d'être toujours en cause.

Mais avec Sénèque et Crépy, il faut reconnaître que le terme de « Sigmoïdite diverticulaire » a été créé à juste titre pour montrer le rôle du diverticule.

En effet, si l'on ne peut faire la preuve de l'origine diverticulaire par la radiographie, l'intervention ou l'autopsie, il est logique de penser que le diverticule existe à l'origine de l'affection, mais qu'il a été détruit par sclérolipomatose ou par la suppuration (comme on le voit dans les appendicites aiguës, opérées tardivement, dans lesquelles l'appendice est souvent réduit à un tout petit moignon et impossible à trouver).

Le plus souvent, les formes aiguës sont curables médicalement ou par simple dérivation, sans que l'on ait fait la preuve

de la diverticulose ; celle-ci se fait cependant radiologiquement plusieurs années parfois après la cessation des phénomènes inflammatoires.

B) Que représentent-ils ?

De petites bosselures ou des poches plus ou moins pédiculisées. Leur dimension est en général celle d'un pois ; ils sont parfois plus grands.

Au nombre de 10 à 30.

Ils sont constitués d'une paroi musculaire minime, souvent même inexistante.

Comment se développent-ils ?

Neal et Lepère, entre autres auteurs, pensent que l'explication la plus plausible est celle d'une faiblesse de la couche musculaire et un accroissement de la pression de l'intestin favorisé par la stase résultant des habitudes alimentaires.

Donc, la cause en est une faiblesse localisée de la musculeuse colique dans une zone où les matières sont devenues dures, où elles s'accumulent avant la « ponte sigmoïdienne » dans l'ampoule rectale. Dans cette zone, lors des efforts de défécation, il y a une hyperpression qui favorise la formation de ces hernies de la muqueuse à travers la musculeuse ; c'est une vraie hernie de faiblesse et c'est la raison pour laquelle ils sont plus fréquents avec l'âge (relâchement des tissus). Le diverticule muqueux est presque toujours un état acquis ; les diverticules congénitaux qui se voient chez les enfants sont plus rares.

Ils sont insérés par rapport au côlon :

— le plus souvent sur le bord mésocolique du sigmoïde. Ce sont les diverticules intra-mésocoliques en rapport avec les vaisseaux droits ;
— au voisinage des franges épiploïques ;
— dans les gouttières qui bordent les bandelettes.

Leur siège sur le tractus colique :

— électivement le côlon sigmoïde, mais ils peuvent s'étendre par ordre de fréquence décroissante au côlon descendant, à l'iliaque, au transverse et au cæco-ascendant ;
— en cas de diverticulose diffuse, les accidents de diverticulite sont essentiellement sigmoïdiens.

Le fait capital est que l'on retrouve ces diverticules très souvent, lors des Sigmoïdites. Cependant la présence de diverticule ne veut pas dire Sigmoïdite, car il existe des Sigmoïdites sans diverticules. On ne peut parfois pas affirmer que ceux-ci sont la cause de cet état inflammatoire.

En fait, il faut distinguer deux états :

A) *La Diverticulose* qui est muette, en général, ne donnant pas de troubles coliques, mais qui est un facteur prédisposant à

l'inflammation du sigmoïde. Les diverticules constituent un point d'appel à l'infection endocolique qu'ils contribuent à entretenir et dont la ténacité domine l'évolution générale de cette maladie.

Leur rôle est certain pour Patel.

B) *La Diverticulite*, qui est l'inflammation du diverticule, lequel n'oppose qu'une faible barrière muqueuse à la propagation de l'inflammation vers la muqueuse péritonéale, apparaît comme un facteur d'aggravation en favorisant les Périsigmoïdites et les perforations.

Les diverticules prolongeant la cavité colique forment des recoins où l'inflammation trouve des conditions favorables à son développement. Il se crée, alors, au niveau du pédicule du diverticule, une poussée congestive transformant le diverticule en une cavité close hyperseptique contenant un fécalithe. C'est le mécanisme simple de tous les phénomènes inflammatoires aigus, subaigus ou chroniques et de leur évolution péritonéale plus ou moins étendue (Lepère).

Pour Deloyers, l'inflammation des diverticules installés, la symptomatologie et l'évolution proviennent de la rapidité d'invasion (donc de la virulence microbienne) et des processus de défense, généraux et locaux, mis en œuvre par l'organisme et le médecin.

C) Voyons, enfin, quelle est la tendance de la Diverticulose a donner des complications infectieuses

Pemberton, Marden Black et Maino, sur 47.000 radiographies, trouvent : 3.995 diverticuloses, soit 8,5 %. Sur ces 3.995 diverticuloses, 600, c'est-à-dire 15 %, ont des complications dues aux diverticules. (Ces chiffres sont les mêmes que ceux de Prat.) 3 % de la moyenne des humains ont une Diverticulose vérifiée par autopsie et 15 % des sujets atteints de Diverticulose feront une Diverticulite.

Jasoni : 1/10 seulement des Diverticuloses feront des Diverticulites.

Deloyers : 17 à 20 % des malades atteints de Diverticulose : 5 à 10 % feront une Diverticulite.

J.W. Neal : 15 à 20 % des complications.

Donc, la moyenne est de 15 à 20 %, mais en réalité, elle est plus fréquente ; soit qu'elle n'ait pas été soupçonnée, soit qu'elle n'ait pas été vérifiée alors qu'elle existait.

Nous verrons d'autres statistiques au moment de la Clinique.

D) Terminons ce chapitre sur les diverticules en parlant des associations

Les diverticules peuvent s'associer :

— à une autre Diverticulose digestive (duodénum, œsophage, jéjuno-iléon, estomac) ;
— à un diverticule vésical ;
— à une hernie diaphragmatique ;
— à une lithiase vésiculaire et hernie diaphragmatique (triade de Saint) ;
— enfin, on cite un cas d'association avec un mésentérium commune.

3° Les Sigmoïdites de cause inconnue

C'est-à-dire non spécifiques ; elles sont assez fréquentes. Dans ce cas existe la traditionnelle théorie qui n'explique, en fait, rien : soit c'est une colite infectieuse segmentaire de cause indéterminée ; soit c'est l'exaltation de germes intestinaux banaux qui, tout à coup, de saprophytes, deviennent pathogènes.

Rien n'est moins sûr que cela. De toute façon, les germes retrouvés sont en général des saprophytes qui deviennent pathogènes, mais dans ce cas la cause est indéterminée et la pathogénie nous échappe, et en fait le plus souvent, ces Sigmoïdites de cause inconnue sont des Sigmoïdites diverticulaires, mais les diverticules ne font pas leur preuve clinique et aussi anatomique, car ils peuvent disparaître comme nous le verrons en étudiant l'anatomie pathologique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C'est en fait un chapitre d'anatomie pathologique où nous glisserons quelques mots de physiopathologie indispensables.

Nous verrons successivement :

A) Une étude macroscopique générale.
B) Une étude détaillée.
C) Les associations avec le cancer.

A) ÉTUDE MACROSCOPIQUE GÉNÉRALE

C'est-à-dire comment nous apparaîssent les Sigmoïdites, lors de l'intervention. On peut les classer en deux groupes :

Les Sigmoïdites localisées ou Sigmoïdites moyennes localisées

Elles peuvent évoluer vers la fosse iliaque droite ou vers un orifice herniaire.

Elles sont bien extériorisables, donc favorables au traitement chirurgical.

Elles sont dues à un phénomène aigu et évoluent vers le grand ventre, donnant au maximum des complications péritonéales généralisées.

Les Sigmoïdites accolées

hautes, basses ou totales, sont fixées par leur siège ou par la rétraction du méso.

Elles donnent des réactions inflammatoires localisées.

Elles sont d'abord difficile, parfois impraticable, aucune extériorisation possible.

B) ÉTUDE DÉTAILLÉE

Avec Soustelle et Gabriel, nous distinguerons :

1° Les Sigmoïdites aiguës ;
2° Les Sigmoïdites chroniques ;
3° Puis nous terminerons en étudiant les Sigmoïdites spécifiques.

1° Les Sigmoïdites aiguës

Elles peuvent être non diverticulaires ou diverticulaires.

A) *LES SIGMOIDITES NON DIVERTICULAIRES*

Elles réalisent

- des formes aiguës simples, n'atteignant que la muqueuse ;
- des formes totales ;
- enfin, des formes gangréneuses.

1) Les formes aigues, simples, muqueuses ou « Endo-Sigmoïdites ».

Les lésions sont uniquement limitées à la muqueuse qui est :

- Macroscopiquement rouge, congestive, parfois hémorragique ou ulcérée.
- Microscopiquement, elle passe par les stades successifs de congestion simple, œdème, raptus hémorragique, ulcérations, proliférations polypoïdes, dont le terme ultime est la nécrose.

2) Les formes totales ou « Pan-Sigmoïdites ».

L'inflammation est profonde, elle atteint toutes les tuniques du sigmoïde. Dans ce cas, sont la plupart du temps associées des lésions de « péri-Sigmoïdites », c'est-à-dire l'inflammation plastique ou suppurée du péritoine de voisinage avec adénopathies réactionnelles, inflammatoires dans le méso-sigmoïde.

3) A l'extrême, nous trouvons la forme gangréneuse ou pseudo-phlegmoneuse.

Ces Sigmoïdites gangréneuses sont différentes des gangrènes diverticulaires (Arnulf).

Elles sont beaucoup plus rares, intéressent un segment plus ou moins étendu du sigmoïde et sont d'étiologie discutée, comme l'a aussi montré P. Bertrand en 1953.

Il peut s'agir :

— soit d'une thrombose de l'artère mésentérique inférieure,

— soit d'une infection sigmoïdienne à germes anaérobies très virulents dont l'inoculation se fait au niveau de la muqueuse sigmoïdienne (aucune démonstration n'a cependant été faite et elle paraît surtout impossible, car les lésions sont toujours vues à un stade où la muqueuse est déjà détruite).

L'examen bactériologique ne montre souvent rien, car il y pullule toute la flore du gros intestin, et même les pièces de résections coliques analysées ne montrent rien non plus, car la colectomie secondaire dans ces cas est pratiquée alors que les lésions sont déjà cicatrisées par une colostomie préalable qui était indispensable à pratiquer devant un état grave et surtout toxique.

M. Levrat, dans la discussion de la présentation d'Arnulf, dit n'avoir observé qu'un seul cas de gangrène du sigmoïde. L'intérêt est surtout étiologique, car pour lui, l'origine infectieuse peut être pratiquement affirmée. Il s'agissait de deux frères ayant bu de l'eau polluée : l'un fit une dysenterie aiguë, l'autre une gangrène du sigmoïde.

B) *LES SIGMOIDITES AIGUES DIVERTICULAIRES*

Tous les degrés, depuis la Diverticulite aiguë simple jusqu'à la pyo-Diverticulite et la Diverticulite gangréneuse.

Nous avons étudié dans l'étiologie le diverticule, voyons la marche de l'inflammation. Elle atteint le diverticule dans un premier stade : c'est la Diverticulite ; puis dans un deuxième stade, elle gagne la paroi colique : c'est la Sigmoïdite diverticulaire. Enfin, elle dépasse le côlon, dans un troisième stade ayant une évolution extra-sigmoïdienne.

1er STADE : LA DIVERTICULITE
(Prat)

Lésions comparables à celles de l'appendicite avec la différence qu'il y a moins de tissu lymphoïde dans le diverticule. Le diverticule est plus fragile que l'appendice et partant, il tente moins le chirurgien.

a) Du point de vue macroscopique.

Il peut y avoir un ou plusieurs diverticules atteints qui apparaissent turgescents, comme en érection.

Au niveau de leur insertion colique, la paroi intestinale participe plus ou moins à l'inflammation, parfois pas du tout. Quand il y a atteinte colique, le sigmoïde devient rigide, épais cartonné.

Lorsque le diverticule se trouve dans une frange épiploïque, celle-ci s'hypertrophie, devient rigide, turgescente et épaisse, donnant même des suffusions hémorragiques.

Dans la lumière du diverticule se trouvent des débris stercoraux baignant dans une sérosité louche, qui s'écoule dans la lumière colique, d'autant que l'orifice du diverticule n'est pas bouché par un calcul fécal ou simplement par l'œdème de la muqueuse. Quand cette obstruction se produit, la cavité diverticulaire devient un vase clos dans lequel la virulence des germes augmente, la paroi diverticulaire est alors une très faible barrière pour protéger le péritoine.

Donc, il existe trois stades : Diverticulite aiguë simple, pyo-Diverticulite et au maximum Diverticulite gangréneuse.

b) Du point de vue microscopique.

Aux premiers stades de la Diverticulite, on constate des signes d'inflammation banaux dans le chorion, la sous-muqueuse, puis les interstices de la musculeuse (polynucléaires) ;

Secondairement, l'épithélium de revêtement disparaît et il se forme une couche de pus qui emplit la cavité du diverticule (pyo-Diverticulite).

A la surface de la séreuse, on trouve des fausses membranes à polynucléaires.

Au maximum, c'est la Diverticulite gangréneuse.

Evolution.

Soit arrêt de l'inflammation avec retour à la normale. La Diverticulite cesse, mais il reste le diverticule.

Soit l'inflammation persiste et progresse, elle dépasse le diverticule, atteint le sigmoïde d'un côté, le péritoine de l'autre, comme nous allons l'étudier.

2e STADE : LA SIGMOIDITE DIVERTICULAIRE

Elle peut être *secondaire*, soit à une Diverticulite aiguë simple, catarrhale ; soit à une pyo-Diverticulite ; soit à une Diverticulite gangréneuse.

Quelle est la réaction du sigmoïde à cette Diverticulite ? (Lepère).

Au début (Diverticulite aiguë simple), l'infection diverticulaire atteint le sigmoïde sur toute l'épaisseur de la paroi. Œdème et infiltration leucocytaire siégeant sur la muqueuse, dans la sous-muqueuse et dans la musculeuse. Il s'y associe un spasme important.

Très vite, le sigmoïde devient cartonné et infiltré, puis sphacélique, ce qui explique à ce stade les échecs des traitements portant uniquement sur le diverticule (diverticulectomie et suture de la perforation). Et surtout, on ne connaît pas l'extension vers le haut et le bas de l'inflammation, ce qui fait que la résection à ce stade peut passer en zone malade, donc récidives possibles après des colectomies même larges (observation n° 39) ou bien lâchage des sutures (observations 38 et 43).

Le Devenir. Il a été étudié par Lewis et Hurwitz (1953).

1) Parfois, résolution et guérison ; c'est une éventualité fréquente.

Parfois, récidives pouvant amener la chronicité car, le plus souvent, les antibiotiques font cesser l'inflammation, mais il se crée très vite une fibrose importante avec épaississement de la paroi et rétrécissement de la lumière.

Le fait important est que chaque poussée aiguë est suivie de lésions fibreuses et irréversibles.

2) Cependant, les complications ne sont pas rares ; l'inflammation a alors dépassé le sigmoïde.

3e STADE : EVOLUTION EXTRA-SIGMOIDIENNE

Elle se fait vers le péritoine, le sous-péritoine et enfin vers l'extérieur, et l'on trouvera :

— Des péritonites généralisées par diffusion ou par perforation ;

— ou en péritoine cloisonné, c'est-à-dire des péri-Sigmoïdites : soit plastiques, non suppurées, se traduisant par le plastron rétro-crural ; soit péri-Sigmoïdites, suppurées, objectivées par les abcès péri-sigmoïdiens.

Nous allons étudier ces complications.

1° *LES PERITONITES GENERALISEES DIVERTICULAIRES*

Elles sont étudiées en particulier par Jaboulay, Régnier, Roux et Lenoel.

Fréquence élevée : 24 % pour Sénèque et Crépy.

Elles sont dues à deux mécanismes :

— soit la perforation d'un diverticule ou du sigmoïde lui-même ;

— soit la diffusion.

a) Les péritonites par perforation.

— Diverticulite perforée.

— Sigmoïdite gangréneuse perforée.

Macroscopiquement, on observe les lésions de toutes les péritonites généralisées ; liquide séro-purulent, pyostercoral à odeur fécaloïde, mal lié.

Les anses intestinales sont rouges, dilatées, accolées par des fausses membranes. Elles peuvent s'agglutiner et former une masse sténosante (occlusion du grêle qui n'est pas rare). Le liquide siège essentiellement du côté gauche de l'abdomen, souvent dans la cavité pelvienne.

A) *La Diverticulite perforante*

La perforation.

Le plus souvent, elle est de faible dimension : 3 à 4 mm.

Elle a un aspect linéaire ou arrondi comme une lentille ou une tête d'épingle, parfois difficile à trouver.

Elle siège en général au sommet d'un diverticule, plus rarement à sa base. On assiste quelquefois à une véritable amputation spontanée du diverticule (cf. appendice) faisant croire à une perforation du sigmoïde lui-même, mais il y a d'autres diverticules, ce qui rattache la lésion à sa cause.

Aspect très particulier. Patel l'a décrit ainsi :

« Bords taillés en biseau aux dépens de la tunique externe, ils sont mâchés, déchiquetés, gangréneux, coupant sous le fil qui veut les suturer. »

Parfois, par la perforation sort le calcul stercoral qui peut être aussi dans la cavité péritonéale.

L'intestin avoisinant.

Au début, le processus est localisé au diverticule, le sigmoïde est en bon état et ne coupe pas sous les fils. C'est rare.

En général, la perforation survient dans une zone où le sigmoïde est très modifié : œdémateux, rouge, à parois épaisses et cartonnées (suture impossible), avec d'autres diverticules, rouges, turgescents, prêts à se rompre.

Mais ce processus est assez localisé.

(Plus rarement, la péritonite ne provient pas de la rupture du diverticule, mais elle se fait en deux temps par rupture secondaire d'un abcès péricolique mal contenu par des adhérences fragiles).

Microscopiquement, lésions très banales. Infiltration importante de polynucléaires et de globules rouges.

B) *Les Sigmoïdites gangréneuses perforées*

Elles sont à opposer à la précédente. Elles ont été étudiées par Zimann, Lazarus, Welti, Bertrand, Arnulf. Elles sont beaucoup plus graves. Elles surviennent le plus souvent après une poussée inflammatoire traitée médicalement (et aussi après certains traitements par la Cortisone (cf. observation n° 14).

La perforation peut être unique, mais souvent elle est multiple, irrégulière et noirâtre.

Elle siège sur un segment gangréné du sigmoïde plus ou moins étendu.

b) Les péritonites par diffusion.

Même aspect du liquide péritonéal, même odeur, même siège. Les anses intestinales sont aussi rouges, tendues et recouvertes de fausses membranes.

Lorsqu'on examine le sigmoïde ou les diverticules, ils sont aussi tendus que précédemment, mais on ne trouve pas la perforation ni sur un diverticule, ni sur le sigmoïde. Il faut penser dans ce cas que l'infection a diffusé depuis le foyer diverticulaire ou sigmoïdien, de proche en proche, vers et dans le péritoine.

2° *LES ABCES PERI-SIGMOIDIENS*

Ce sont des péritonites cloisonnées ou péri-Sigmoïdites, la suppuration provenant soit d'un diverticule, soit des tissus de péri-Diverticulite ou d'une péritonite par perforation qui s'est rapidement cloisonnée. Elles sont fréquentes : 19 % pour Arnheim.

1) Au début, il s'agit d'un plastron, qui est le mode réactionnel banal du péritoine et des viscères en face d'une inflammation (cf. le plastron appendiculaire, mais de siège différent : fosse iliaque gauche, parfois plus médian et même à droite).

2) Par la suite :

— soit résolution et cicatrisation donnant des lésions fibreuses chroniques ;
— soit abcédation.

Volume : variable, on rencontre
— de petits abcès (un dé à coudre de pus) ;
— de grands abcès (plusieurs centaines de grammes de pus).

Siège :

a) Parfois extra-péritonéaux :

— Soit entre les deux feuillets du mésocôlon, donnant une méso-sigmoïdite suppurée, telle celle décrite par G. Franchi où la cavité de l'abcès siégeait dans le méso-sigmoïde et était délimitée par une prolifération sclérolipomateuse. Si l'atteinte du mésocôlon est peu virulente, elle occasionne une mésentérite rétractile accolant le côlon à la paroi, rendant impossible l'extériorisation.

Ces phlegmons extra-péritonéaux peuvent fuser en suivant les vaisseaux hypogastriques, devenir pariétaux (fesse, région obturatrice), aller dans la cuisse ou vers les viscères pelviens et même, en suivant les cloisons fibreuses, atteindre la région rétro-rectale ou ischio-rectale.

— Soit en un point de la circonférence du côlon dépourvu de péritoine, c'est-à-dire la face postérieure.

b) Le plus souvent intra-péritonéaux :

De siège variable, selon la situation de la lésion causale (Diverticulite ou Sigmoïdite). En général à gauche : iliaques, pelviens, ilio-pelviens.

Cette position explique leur ouverture fréquente dans la vessie, l'utérus, le vagin, l'intestin et même à la peau, créant des fistules, mais c'est surtout là le fait des formes chroniques.

Ces abcès sont juxta-sigmoïdiens, se développant soit :
— en avant et en dehors (abcès antéro-externes) dans la fosse iliaque gauche, au-dessus de l'arcade crurale.

— en bas, dans le pelvis (abcès pelviens et abdomino-pelviens).
— en arrière (abcès postérieurs, lombaires, rétro-péritonéaux).
— Ils peuvent atteindre la cavité de Retzius et même être métastatiques.

Contenu.

Pus franc, jaunâtre, à colibacilles, parfois mêlé de matières et de gaz. Son odeur est nauséabonde.

Aimes a décrit un abcès à *perfringens*.

3° *EVOLUTION VERS L'EXTERIEUR*

Ces abcès :

— opérés : cicatrisation fibreuse.
— non opérés : on assiste à l'ouverture de ces abcès et à leur fistulisation (cf. les abcès appendiculaires).

Dans le péritoine : c'est alors une péritonite en deux temps qui en résulte.

Dans les organes : vessie très souvent ; intestin grêle parfois ; plus rarement la peau, le vagin, l'utérus.

Les abcès postérieurs, eux, diffusent dans la loge sous-phrénique gauche.

Telles sont les Sigmoïdites aiguës. Voyons maintenant l'étude de l'anatomie pathologique des Sigmoïdites chroniques.

2° Les Sigmoïdites chroniques

Elles sont dues à la répétition des formes aiguës simples ou bien elles évoluent d'emblée sur le mode chronique.

Elles sont souvent le fait du traitement par les antibiotiques.

Il existe plusieurs formes anatomiques :

1) La forme muqueuse simple : muco-membraneuse, parfois ulcéreuse ou hémorragique.

2) Les formes pariétales ou formes tumorales.

Elles apparaissent souvent après des pan-Sigmoïdites ou une Diverticulite subaiguë à rechute. Ce sont les vraies formes chroniques avec tumeur de la fosse iliaque gauche créant ou non une occlusion. C'est un aspect cicatriciel. Le mode de cicatrisation fibreux frappe toutes les tuniques du sigmoïde et réalise une forme tumorale pseudo-néoplasique dans laquelle on a de la difficulté à trouver des diverticules, même à l'examen soigneux de la pièce.

Ce sont des tumeurs inflammatoires qui réalisent deux formes différentes par la clinique et par l'histologie :

— une forme occlusive pure, qui est due à l'hypertrophie fibreuse de la sous-muqueuse.

— une forme tumorale pure, due à la sclérolipomatose sous-séreuse.

Mais ces deux formes se trouvent rarement à l'état pur, elles sont presque toujours intriquées. Ce n'est qu'artificiellement que nous les dissocions pour les besoins de l'exposé.

De toute façon, le côlon est épaissi, devenu un cordon rétracté, appendu à un méso-sigmoïde épaissi par sclérolipomatose, plus ou moins enflammé et raccourci par la méso-Sigmoïdite rétractile (qui déforme et coude le côlon pouvant créer un volvulus).

A) L'HYPERTROPHIE FIBREUSE DE LA SOUS-MUQUEUSE OU FORME STENOSANTE

a) La paroi intestinale.

On trouve une tumeur allongée, irrégulière, rougeâtre.

Macroscopiquement, à la section transversale du côlon, la séreuse et la musculeuse ne sont pas modifiées. C'est la muqueuse et la sous-muqueuse qui sont hyperplasiées, fibreuses, dures, d'aspect tumoral.

La muqueuse est rouge, tomenteuse, polypeuse. On y voit des orifices de diverticules, mais les diverticules eux-mêmes sont difficiles à voir, car ils affleurent souvent à peine la séreuse.

C'est cette hypertrophie de la sous-muqueuse qui diminue le calibre intestinal, créant la sténose.

Microscopiquement, la muqueuse présente une réaction adénomateuse avec hypertrophie des culs-de-sac glandulaires ; la sous-muqueuse : on y voit de l'hypertrophie formée presque uniquement de tissu fibreux.

b) La sténose.

Elle est rarement annulaire, « en virole ».

Le plus souvent, elle est tubulaire, étendue sur une dizaine de centimètres, parfois beaucoup plus.

B) LA SCLEROLIPOMATOSE SOUS-SEREUSE OU FORME TUMORALE VRAIE

Macroscopiquement, la muqueuse, la sous-muqueuse et la musculeuse sont peu modifiées.

C'est le tissu sous-séreux qui est hypertrophié et forme la tumeur. Celle-ci se présente comme une *masse* dans la fosse iliaque gauche, ressemblant à un bloc de graisse, de volume variable (un poing, en général), arrondie ou en « boudin », d'où se détachent des franges épiploïques hypertrophiées s'étendant sur 10 à 15 centimètres d'intestin.

C'est une tumeur inflammatoire encastrée dans la fosse iliaque gauche, retentissant parfois sur les organes voisins (compressions urétérales, phlébites).

Fait capital, la différenciant du cancer, c'est son importance et sa fixité. Ceci doit faire penser à la Sigmoïdite pendant l'intervention et pousser à faire un anus et non une résection.

Microscopiquement, la muqueuse est peu modifiée.

Réaction œdémateuse autour des orifices diverticulaires.

Infiltration lymphoïde assez dense entourant le diverticule et dessinant son trajet au niveau de la sous-muqueuse et de la musculeuse, par ailleurs normales toutes deux.

Dans la couche lipomateuse, on voit des traînées d'infiltration lymphocytaire plus denses autour des vaisseaux et surtout marquées autour des diverticules.

C) EVOLUTION

— Soit vers la régression incomplète et temporaire :
— soit spontanément ;
— soit sous l'influence du traitement (colostomie et antibiotiques).

Ce sont de véritables « tumeurs fantômes », comme les a appelées Patel.

— Soit vers une complication, c'est-à-dire :
— reprise de l'évolution avec augmentation de volume à l'occasion de nouvelles poussées, avec possibilité de compression urétérale ;
— retentissement colique, aboutissant à la sténose chronique parfois aiguë, complétée par un spasme ;
— des hémorragies ;
— parfois abcédation évoluant vers les fistules, le plus souvent sigmoïdo-vésicales.

— Soit vers l'évolution d'un cancer au cours d'une Sigmoïdite, éventualité qui n'est pas rare (3 à 5 % selon les statistiques).

Etudions les principales de ces formes évolutives, c'est-à-dire :

— les formes fistuleuses ;
— les formes hémorragiques.

1) Les formes fistuleuses.

Nous ne ferons que citer les formes fistulisées à la peau, dans le vagin, dans l'iléon, dans l'utérus, qui sont rares par rapport à la fréquence des fistules sigmoïdo-vésicales dont nous parlerons maintenant.

L'orifice fistuleux. — Il est en général petit, punctiforme ou lenticulaire, souvent son aspect est irrégulier, déchiqueté.

Le trajet est soit direct, soit indirect.

Le trajet direct. — Il est court, se fait par contact direct entre la vessie et le sigmoïde. Il existe peu d'adhérences autour de la fistule.

Ces fistules siègent sur le versant antéro-inférieur de l'anse sigmoïde et sur le dôme vésical.

Un doigt en crochet s'insinue facilement sous le trajet fistuleux.

Le trajet indirect. — Il est dû à la rupture dans la vessie d'un abcès sigmoïdien intra ou sous-péritonéal, pouvant siéger près du trigone.

La lésion est masquée par une réaction péritonéale plastique importante, c'est-à-dire de très nombreuses adhérences fixées aussi très intimement à des anses grêles (possibilité d'occlusions du grêle associées).

Au maximum, on trouve un bloc volumineux scléro-inflammatoire dont la dissection est très difficile.

De toute façon, *sur le côlon,* l'inflammation de ses tuniques est constante, d'étendue plus ou moins longue. Ceci explique les échecs de la suture simple de la perforation, même sous couvert de dérivation et prouve que le vrai traitement en est la colectomie (et même dans ce cas, on n'est jamais sûr de couper en zone saine).

Sur la vessie, les lésions sont beaucoup plus discrètes et limitées.

On trouve un œdème localisé, un orifice fistuleux très petit, très souvent invisible à la cystoscopie, dont les bords ne sont pas indurés et qui se prête bien à la suture simple, que l'on résèque ou non une partie avoisinante de la vessie.

On note quelquefois un certain degré de cystite et des calculs vésicaux.

2) Les formes hémorragiques.

Les Sigmoïdites diverticulaires sont souvent hémorragiques, mais l'importance, la fréquence et le mécanisme sont différents selon les auteurs.

Ce n'est pas tant l'anatomo-pathologie dans ce cas, qui est la même que celle des Sigmoïdites, mais c'est la pathogénie de ces hémorragies qui va nous retenir.

a) *Dans la Diverticulite.* — Le mécanisme est évident. L'infection d'un diverticule intra-mésocolique provoque la congestion et le saignement des vaisseaux droits en rapport intime avec le diverticule.

b) *Dans la Diverticulose.* — Peut-elle saigner en dehors de toute inflammation ? C'est beaucoup moins probable et difficilement vérifiable.

c) De toute façon R.-J. Noar, en mai 1955, a apporté une

contribution importante à la connaissance de ces hémorragies diverticulaires.

— L'étude par injections vasculaires a montré une concentration importante des vaisseaux sanguins dans la région des diverticules coliques. Le volume et la distribution de ces vaisseaux dans la paroi des diverticules expliquent la possibilité d'hémorragies graves dans le cas d'érosion ou d'ulcération.

Par contre, l'étude histologique des diverticules excisés et l'étude des coupes de la paroi colique après injection apportent peu de lumière sur les relations étiologiques possibles entre les passages vasculaires à travers la paroi colique et le développement des diverticules.

3° Les Sigmoïdites spécifiques

Nous ne parlerons que de la Sigmoïdite tuberculeuse.

Elle est très rare. Lockhart et Mammery ont décrit six tuberculoses sigmoïdiennes sur cent tuberculoses du gros intestin.

Elles revêtent plusieurs formes :

— Deux formes rares : la forme ulcéreuse et la forme à côlon épaissi, induré, devenu un tube rigide, c'est le « côlon tuyau à gaz ».

— Enfin, la forme hypertrophique, qui se présente sous l'aspect d'une tumeur dure, bosselée, comme un cancer, entourée d'une gangue lardacée, dure (sclérolipomatose).

Cette hypertrophie pariétale se fait : soit en dehors de la lumière intestinale (forme non sténosante), soit le plus souvent vers la lumière (forme sténosante).

Ces formes tuberculeuses peuvent donner aussi des fistules sigmoïdo-vésicales, comme les formes inflammatoires pures.

La preuve de la tuberculose n'est possible que par l'examen histologique des pièces opératoires.

Telle est l'étude détaillée des Sigmoïdites. Terminons ce chapitre d'anatomo-pathologie en voyant les associations de la Sigmoïdite avec le Cancer.

C) LES FORMES ASSOCIÉES AU CANCER

Elles ne sont pas rares, si l'on considère l'ensemble des cancers du côlon, on trouve : 11,5 % de Diverticulites associées (Masson) ; 6,3 % (pour Ganster), chiffre à peine supérieur au taux normal de la Diverticulose chez les gens âgés.

Les rapports de causalité sont très discutables, c'est-à-dire la prédisposition des diverticules à la cancérisation, le développement des diverticules en amont d'un cancer sténosant.

Il semble, d'après l'étude des statistiques du point de vue étiologique et pathogénique, que la coexistence banale des deux lésions ne soit pas rare parce que la Diverticulose est fréquente à l'âge du cancer (Lepère, Bacon et Mac Kay, Rankin et Brown).

Ce cancer ajoute un facteur de gravité au pronostic déjà sévère de la Sigmoïdite chronique.

Léonida Manzocchi rapporte un cas où l'aspect macroscopique de la Diverticulose du sigmoïde faisait penser à une métastase d'un cancer du rectum connu par ailleurs. Il propose à juste titre d'ajouter un cinquième chapitre aux quatre relations possibles entre la Diverticulose et le Cancer, définies par Swynghedaw, c'est-à-dire :

1) Diverticulose pseudo-néoplasique à forme hypertrophique.
2) Diverticulose pseudo-néoplasique à forme sténosante.
3) Dégénérescence d'un diverticule en tumeur.
4) Association d'un diverticule et d'une tumeur.
5) Pour Manzocchi : la forme pseudo-néoplasique associée à une tumeur.

Ainsi donc, nous venons de voir l'anatomie pathologique. Etudions maintenant les Aspects Cliniques.

ASPECTS CLINIQUES

Les Sigmoïdites ont des caractères très différents et parfois trompeurs.

Il est difficile de classer leurs manifestations cliniques uniquement en deux groupes : Sigmoïdites aiguës et Sigmoïdites chroniques, car celles-ci s'entremêlent ou se succèdent et certaines complications sont le fait aussi bien des formes aiguës que des formes chroniques.

Aussi avons-nous jugé utile de séparer ce dernier chapitre et de décrire successivement.

I. — Les Sigmoïdites aiguës.

II. — Les Sigmoïdites chroniques.

III. — Les Sigmoïdites compliquées.

I. - LES SIGMOIDITES AIGUES

Ce sont les Sigmoïdites qui s'accompagnent de signes généraux plus ou moins importants.

Elles peuvent être aiguës d'emblée ou bien n'être qu'une poussée aiguë d'une Sigmoïdite chronique.

Nous n'étudierons ici que les *formes aiguës simples.*

Nous en avons observé 9 cas (observations 2, 3, 9, 10, 18, 19, 23, 56 et 57).

Elles sont très fréquentes (J.-J. Morton en décrit 111 cas), correspondant à une atteinte purement muqueuse, récidivant volontiers. Elles peuvent survenir sans cause chez un sujet n'ayant aucun antécédent intestinal. Mais, très souvent il existe des signes avant-coureurs, l'interrogatoire retrouve des épisodes caractéristiques remontant à plusieurs années en arrière.

Ces signes d'éveil sont la constipation et des troubles colitiques.

Souvent, une cause déterminante est découverte : excès alimentaire ou sportif, traumatisme, ou enfin un lavement ou une purgation intempestive.

Les symptômes varient suivant le degré de développement et la présence ou non de phénomènes inflammatoires.

Le diagnostic est parfois difficile.

ASPECTS CLINIQUES

Les Sigmoïdites ont des caractères très différents et parfois trompeurs.

Il est difficile de classer leurs manifestations cliniques uniquement en deux groupes : Sigmoïdites aiguës et Sigmoïdites chroniques, car celles-ci s'entremêlent ou se succèdent et certaines complications sont le fait aussi bien des formes aiguës que des formes chroniques.

Aussi avons-nous jugé utile de séparer ce dernier chapitre et de décrire successivement.

I. — Les Sigmoïdites aiguës.

II. — Les Sigmoïdites chroniques.

III. — Les Sigmoïdites compliquées.

I. - LES SIGMOIDITES AIGUES

Ce sont les Sigmoïdites qui s'accompagnent de signes généraux plus ou moins importants.

Elles peuvent être aiguës d'emblée ou bien n'être qu'une poussée aiguë d'une Sigmoïdite chronique.

Nous n'étudierons ici que les *formes aiguës simples.*

Nous en avons observé 9 cas (observations 2, 3, 9, 10, 18, 19, 23, 56 et 57).

Elles sont très fréquentes (J.-J. Morton en décrit 111 cas), correspondant à une atteinte purement muqueuse, récidivant volontiers. Elles peuvent survenir sans cause chez un sujet n'ayant aucun antécédent intestinal. Mais, très souvent il existe des signes avant-coureurs, l'interrogatoire retrouve des épisodes caractéristiques remontant à plusieurs années en arrière.

Ces signes d'éveil sont la constipation et des troubles colitiques.

Souvent, une cause déterminante est découverte : excès alimentaire ou sportif, traumatisme, ou enfin un lavement ou une purgation intempestive.

Les symptômes varient suivant le degré de développement et la présence ou non de phénomènes inflammatoires.

Le diagnostic est parfois difficile.

Il est pathognomonique et confirme le diagnostic.

C'est une masse allongée, régulière, rigide, non fluctuante, douloureuse, à limite supérieure nette, à limite inférieure se perdant dans la cavité pelvienne.

Il est couché, étalé dans la fosse iliaque.

Parfois difficile à sentir, on la retrouve au toucher rectal, en faisant pousser le malade, associé ou non au palper abdominal.

Assez peu mobile, surtout dans le sens transversal, sa mobilisation occasionne des douleurs.

Il est perceptible plusieurs semaines après la guérison.

Cette rémission peut se faire très vite en 48 heures, ce sont les formes courtes.

La crise peut être unique et ne jamais récidiver.

Mais l'on assiste souvent à :

b) Des récidives.

C'est la forme à poussées successives, faite de poussées et de périodes d'accalmie.

Lors de celles-ci, on ne trouve pas un silence absolu, le malade éprouve une gêne intestinale et la moindre erreur de régime ainsi qu'un surmenage ou même un lavement provoquent une nouvelle poussée.

L'examen dans cette période d'accalmie montre un côlon sigmoïde douloureux, perceptible, augmenté de volume ; au minimum, on décèle une sensibilité intestinale.

Ces poussées altèrent de plus en plus les parois coliques et évoluent vers la Sigmoïdite chronique. Elles ne restent pas toujours aussi bénignes et peuvent donner des complications.

(Hayden, sur 44 Sigmoïdites aiguës traitées médicalement, constate 1/3 de récidives).

c) Des complications.

C'est en fait l'évolution du « boudin » vers une complication.

Toute Sigmoïdite aiguë peut se compliquer à chaque instant ; soit spontanément, soit après une erreur de thérapeutique, un lavement ou une purgation par exemple.

Ces complications peuvent survenir lors de la première poussée de Sigmoïdite, soit lors d'une ou plusieurs récidives.

Pour J.-W. Neal, 15 à 20 % des Sigmoïdites présentent des complications nécessitant un traitement chirurgical.

Il existe cependant des signes d'alarme tels que :

- apparition de vomissements,
- augmentation des douleurs et de la fièvre,
- baisse de l'état général,

mais surtout la palpation montre que le « boudin sigmoïdien » s'étale et se transforme en *plastron péritonéal* pouvant évoluer

vers des phénomènes péritonéaux ou occlusifs, des abcès, des perforations, sans parler de la dégénérescence cancéreuse qui à tout moment est à redouter.

Telle est la forme douloureuse de la fosse iliaque gauche qui, en fait, est le type même de la Sigmoïdite aiguë simple. Cependant, la prédominance de quelques signes particuliers nous amène à décrire quatre autres formes qui ne sont que des variantes de ce tableau que nous venons d'étudier longuement :

— La forme pseudo-appendiculaire.
— La forme diarrhéique aiguë.
— La forme hémorragique.
— La forme dysentérique.

b) La forme pseudo-appendiculaire

Elle correspond à des lésions étendues à la totalité des tuniques intestinales avec participation plus ou moins grande du péritoine et des organes voisins. On l'appelle aussi forme d'appendicite à gauche.

Ces malades peuvent être vus par leur médecin, mais finalement, ou bien d'emblée, c'est le chirurgien qui les prend en charge.

Elle est marquée par des signes fonctionnels, généraux et physiques.

1) SIGNES FONCTIONNELS

Le plus important et le plus constant est la *douleur :*

— Brutale, spontanée et provoquée par l'examen.

— Elle est beaucoup plus intense que dans les formes précédentes.

— Elle siège au début dans la fosse iliaque gauche, mais se généralise assez vite à tout l'abdomen.

— Des nausées et surtout des vomissements qui sont constants.

— La constipation est très marquée. Plus exactement, le tableau est celui d'une sub-occlusion avec arrêt des matières et des gaz.

2) SIGNES GENERAUX

Ils sont très nets. La température est maintenant élevée, 39° est le chiffre le plus bas, avec frissons ; le pouls est en rapport avec la température, il est accéléré. Mais on note surtout une atteinte importante de l'état général.

3) SIGNES PHYSIQUES

La palpation met en évidence une douleur provoquée présentant un point douloureux exquis et surtout précis ; mais cette douleur s'étale dans toute la fosse iliaque gauche et diffuse largement dans l'abdomen, en particulier il existe souvent une douleur à droite, associée.

Mais le point essentiel de l'examen est la découverte d'une réaction péritonéale qui se traduit successivement par trois degrés :

- d'abord simple défense ;
- puis contracture vraie ;
- enfin, « plastron » de la fosse iliaque gauche.

Le toucher rectal confirme cette réaction séreuse car le Douglas est douloureux, le doigt ramène parfois du sang.

Que devient cette crise ?

a) Soit la RÉGRESSION :

- rarement très rapide en quelques heures ;
- plus souvent, plus lente, en trois ou quatre jours, spontanément ou sous l'influence du traitement médical (glace et antibiotiques) ;
- elle est marquée par une débâcle abondante de gaz, de glaires purulentes, de sang et de matières diarrhéiques.

b) Cette crise peut rester unique, mais on constate fréquemment des RECHUTES plus ou moins espacées sur lesquelles le traitement médical agit de façon irrégulière. La transformation en Sigmoïdite chronique est de règle.

Ce sont ces cas récidivants qui poussent à agir chirurgicalement, d'autant qu'à tout moment, aussi bien lors de la première crise que lors des récidives peuvent éclater des :

c) COMPLICATIONS PÉRITONÉALES.

Passage à la péri-sigmoïdite plastique (rare depuis les antibiotiques) avec plastron, qui peut se résorber ou suppurer.

Abcès avec diffusion des signes péritonéaux.

Drame péritonéal de la perforation avec douleur en coup de poignard dans la fosse iliaque gauche et très vite, ventre de bois à l'examen.

c) La forme diarrhéique aiguë

Elle ne diffère de la première forme que par le fait que la constipation fait défaut ou est passée inaperçue au médecin et l'on se trouve en présence d'un malade présentant des selles très fétides, liquides avec parfois, noyées au milieu, quelques

matières anciennes et durcies en « crottes de chèvres ». Le plus souvent, les selles sont complètement liquides, accompagnées de coliques importantes et de spasmes avec état sub-fébrile.

d) La forme hémorragique

Il ne faut considérer ici que les petites hémorragies qui surviennent au cours de la poussée de Sigmoïdite aiguë avec son cortège de signes particuliers. Nous envisagerons lors des formes chroniques le vrai problème des hémorragies des Sigmoïdites, qui est alors tout différent.

Dans le cas présent, ce sont uniquement des hémorragies dues à la congestion muqueuse d'origine inflammatoire, rarement graves. La rectoscopie montre bien que la muqueuse est hyperémiée, œdémateuse, recouverte de mucopus.

D'après Jasoni, les cas ne sont pas rares où le tableau clinique est dominé par l'entérorragie. Elle peut être le seul symptôme de la Sigmoïdite, mais habituellement qu'elle soit bénigne, massive ou prolongée, elle a été précédée d'une sensation de gêne dans l'hypochondre gauche de longue date et de périodes de constipation et de diarrhée. Cette entérorragie s'accompagne très souvent de signes généraux et de troubles du transit plus ou moins marqués.

Elle se présente :

— soit sous forme d'entérorragie solitaire à début brutal, inopiné, c'est alors du sang rouge qui est émis (hémorragie colique de Cain), peu abondant, pouvant apparaître dans l'intervalle des selles ou mêlé à celles-ci, ne précédant ni ne suivant la selle, ce qui différencie cette hémorragie de celles des hémorroïdes ;

— soit sous forme d'hémorragie récidivante, à étapes plus ou moins éloignées, au cours de la crise typique ; le sang est alors mêlé à des glaires.

Voyons enfin la dernière forme à envisager.

e) La forme dysentérique

Sa caractéristique est l'élimination par voie rectale de sang, mais surtout de glaires avec épreintes ; c'est-à-dire un tableau de dysenterie avec aussi des nausées, des frissons.

— Dans les formes bénignes, l'état général est peu touché, la fièvre est inférieure à 38°,5.

— Mais dans les formes sévères, l'état général est atteint, la fièvre est de 39° à 40°, l'asthénie est très marquée. Evolution, par poussées durant plusieurs semaines, rebelles à toute thérapeutique.

Dans les formes ulcéreuses (rares depuis les antibiotiques), on trouve du pus associé aux débâcles glaireuses.

Enfin, ces formes peuvent être d'emblée très graves, évoluant vers le péritoine.

Telles sont les Sigmoïdites aiguës avec leurs cinq variétés ; nous allons étudier maintenant les Sigmoïdites chroniques.

II. - LES SIGMOIDITES CHRONIQUES

Ces formes chroniques sont fréquentes. Les signes généraux font souvent défaut et c'est un long passé digestif qui amène, grâce aux examens complémentaires, à en faire le diagnostic.

Elles peuvent être primitives d'emblée, s'installant à bas bruit, ou au contraire, le plus souvent, elles sont secondaires à une Sigmoïdite aiguë spontanément, ou après traitement médical de celle-ci, au décours de la crise.

Ces formes chroniques peuvent se traduire par des signes très banaux, c'est *la forme chronique simple,* ou bien des des hémorragies, c'est *la forme hémorragique*, où elle peut créer une hypertrophie du sigmoïde qui se manifeste :

soit par une occlusion, c'est *la forme sténosante ;*
— soit par une tumeur, c'est *la forme tumorale.*

Nous étudierons successivement ces trois chapitres.

1° La forme chronique simple

Elle a été bien décrite par E. Dubourg au Congrès de Montpellier. On peut artificiellement la diviser selon la prédominance de certains symptômes (forme dysentérique, forme d'entérocolite, forme appendiculaire, forme urinaire, formes génitales). En fait, il semble qu'il soit préférable de décrire un syndrome général à type de colite, dans lequel on englobe tous les signes communs à ces Sigmoïdites chroniques et que de toute façon, le diagnostic n'est pas fait par la clinique, mais par des examens complémentaires, en particulier la radiologie.

Nous verrons :
— Les signes.
— L'examen.
— L'évolution.

1) Les signes.

Ils sont dominés par la douleur de la fosse iliaque gauche, un état suburral et des signes urinaires.

La douleur de la fosse iliaque gauche peut être très intense, augmentant à la marche et lors des efforts, sans horaire précis. Elle est très variable et procède par paroxysmes. Son siège est

la fosse iliaque gauche, mais elle irradie vers le bas, dans le bas ventre, le rectum, la vessie, les organes génitaux. Parfois, elle est de type appendiculaire, faisant errer le diagnostic.

De même, elle peut donner des spasmes du sphincter anal très douloureux empêchant le toucher rectal et la rectoscopie.

L'irradiation descendante peut faire penser aussi à une atteinte génitale chez la femme.

Etat saburral fait de nausées avec parfois des vomissements, mais surtout des troubles du transit marqués au maximum par du ténesme et des épreintes, mais en général, on découvre une diarrhée post-prandiale, qui est cependant moins fréquente que la constipation.

On peut schématiser le tableau en disant qu'il y a une alternance de diarrhé eet de constipation.

Sur un fond de constipation opiniâtre surviennent des débâcles diarrhéiques renfermant des scybales, du mucus, du pus qui est parfois éliminé isolément et rarement des moules fibrineux de diverticules (J. Dubarry). Cette diarrhée est glaireuse, le plus souvent, mais parfois, on assiste à un véritable syndrome dysentérique de diarrhée chronique avec poussées paroxystiques, tenace et rebelle (dans ce cas, on trouve des ulcérations et des glaires à la rectoscopie). Enfin, s'y associent fréquemment de petites hémorragies, soit de sang pur, émis entre les selles, soit du sang mêlé aux selles.

Mais il faut insister sur un point important, cher à notre Maître, le Professeur Carcassonne, c'est la fréquence quasi constante d'hémorroïdes, soit douloureuses, soit hémorragiques. C'est un signe d'accompagnement fidèle.

Les signes urinaires sont trompeurs, car le syndrome colitique est estompé. On est en présence d'une cystite que le traitement médical ne fait pas cesser ou qui se reproduit rapidement. Il faut penser à faire un lavement baryté pour en trouver la cause. Nous en avons plusieurs observations, mais en particulier l'observation n° 15. Ces malades sont étiquetés colique néphrétique ou pyélonéphrite ou porteurs d'une affection vésicale ou prostatique, alors que le bilan urinaire est négatif. Très souvent, l'infection urinaire est à colibacilles créant un syndrome entéro-rénal.

A côté de ces signes, nous trouvons des signes généraux de type infectieux, mais assez discrets. La fièvre est modérée avec légère leucocytose à polynucléaires. L'état général est conservé, mais à la longue, il est touché. Le malade devient anorexique et maigrit, en particulier dans la forme dysentérique.

Tels sont les signes des formes chroniques simples. Voyons maintenant ce que nous révèle l'examen.

2) L'examen.

Les signes physiques sont pauvres, dominés par la sensibilité de la fosse iliaque gauche. On peut palper, sous une défense légère, une corde sigmoïdienne douloureuse à la palpation, plus ou moins rigide, dont la limite supérieure est nette. Elle est due à la distension du côlon, mais cette distension s'étend au cadre colique et c'est pour cela que l'on trouve une douleur nette dans la fosse iliaque droite, de type appendiculaire. Elle est simplement due à cette distension cæcale. Il ne faut pas oublier le toucher rectal qui est négatif et permet d'éliminer un cancer rectal. Il est cependant utile, car il permet de trouver des hémorroïdes qui sont quasi constantes, nous le répétons volontairement.

Les examens para-cliniques permettent de faire la preuve de ce syndrome car, si la rectosigmoïdoscopie est peu évocatrice, l'examen des selles de même, par contre, le lavement baryté lui seul permet de faire le diagnostic de Sigmoïdite.

3) L'évolution.

L'évolution de ces formes chroniques simples est fort longue et rebelle, mais elle est souvent entrecoupée de poussées paroxystiques et irrégulières, plus ou moins espacées. Mais à tout moment deux dangers sont présents :

a) La possibilité de transformation en Sigmoïdite aiguë avec ses complications, en particulier la péri-Sigmoïdite où l'examen découvre des masses iliaques mal limitées et douloureuses.

b) Mais surtout, la dégénérescence en cancer, comme nous le verrons plus loin.

Telles sont les formes chroniques simples, marquées essentiellement par des troubles du transit, mais parfois le syndrome est très discret et ce sont les complications qui attirent l'attention, déterminant des formes cliniques particulières difficiles à différencier du cancer ; nous allons les voir maintenant.

2° La forme hémorragique

Il ne s'agit pas ici des hémorragies simples qui accompagnent les Diverticuloses ou les Sigmoïdites, que nous avons déjà étudiées, mais des hémorragies presque seul symptôme, dont l'abondance pose parfois des problèmes chirurgicaux d'urgence et délicats.

Nous considérerons ici donc les hémorragies solitaires, celles qui font découvrir la Sigmoïdite ou les Diverticulites qui, en général, ne se sont manifestés par aucun autre symptôme.

L'apparition d'un melœna brutal est assez fréquent (Greig).

Donnons quelques chiffres :

— Spriggs trouve 1 % d'hémorragies dans l'ensemble des Diverticulites.
— Ochsner et Bergen : 6 % dans les Diverticuloses, 22 % dans les Diverticulites.
— Smithwick : 15,7 % dans les Diverticulites.
— Mayo : 5 %.
— Judd et Pollok : 17 %.
— Jones : 12 %.
— Willard et Bockus : 5 fois sur 68 Diverticuloses.
— Prat : 5 fois sur 68.
— Lepère : 4 sur 23.
— en 1950, Dubarry en rapporte 9 cas à la Société Française de Gastro-Entérologie.
— en 1955, Noar a observé, en 5 ans et demi, 68 cas de Diverticulite ou de Diverticulose : 20 ont eu des hémorragies (6 ont été opérés et 14 traités médicalement).
— en 1959, Schlike et Logan, sur 70 Diverticulites réséquées en un temps, trouvent 13 cas de formes hémorragiques.

Nous en avons 3 observations (obs. n^{os} 16, 24 et 26).

Signalons qu'elles ont fait l'objet de la thèse de Delaporte en 1948.

Ces hémorragies peuvent se voir dans toutes les formes de Diverticulites ou de Sigmoïdites et aussi à tous les stades.

Elles peuvent être abondantes avec syncopes et exposant la vie du malade. C'est assez rare, mais néanmoins, nous en trouvons quelques cas :

— 1948 : dans la thèse de Delaporte, on trouve une hémorragie évaluée à 2 litres de sang.
— 1957 : Knight trouve 14 hémorragies massives sur 289 Diverticuloses, c'est-à-dire 4,8 %, donc pour lui leur rareté est relative.
— Lepère cite (obs. 18) une hémorragie massive guérie par colectomie d'hémostase.
— Gergowitz rapporte lui aussi un cas de colectomie d'hémostase.
— en 1953, W.-R. Cate publie une guérison après colectomie étendue d'urgence pour un mœléna secondaire à une Diverticulose.
— en 1955 Noar, sur 68 Diverticuloses, trouve 20 hémorragies dont 3 ont nécessité un traitement d'urgence.

Donc, si ces hémorragies peuvent être massives, elles sont souvent moins abondantes, uniques ou pouvant se répéter dans les jours suivants, parfois très tardivement comme dans une observation de Dubarry où l'hémorragie fut unique et ce n'est que 7 ans après qu'elle se renouvela.

C'est cette répétition de l'hémorragie qui est importante à considérer car elle entraîne de l'anémie et force la main parfois au chirurgien.

Early en 1959, sur 23 opérés, en rapporte 7 pour lesquels l'intervention a été rendue nécessaire à cause de la répétition de l'hémorragie.

Ce qui est important devant ces entérorragies solitaires, c'est de les rattacher à leur cause, car le diagnostic d'une hémorragie intestinale est souvent difficile et la découverte de diverticules sigmoïdiens ne signifie pas que l'hémorragie provienne nécessairement des diverticules. Il ne faut en accepter le rôle que lorsqu'on a éliminé toute autre cause plus probable. La rectosigmoïdoscopie faite dans les heures qui suivent la dernière hémorragie peut permettre de visualiser directement la lésion, mais surtout, elle permet d'éliminer, comme autre cause, un cancer ou un polype plus bas situé.

Il faut avertir les médecins que la présence d'hémorragie n'infirme pas le diagnostic de Sigmoïdite, mais qu'elle l'appuie. Qu'ils ne traitent pas uniquement la dilatation variqueuse, mais pensent à la lésion plus haut située. C'est le cas de l'observation rapportée par J. Dubarry dans laquelle le malade fut traité pendant 10 ans comme un hémorroïdien, subissant des injections sclérosantes, alors qu'il avait une Sigmoïdite diverticulaire simulant un Cancer. C'est de même le cas du malade de notre observation n° 1 qui était traité par des séances de diathermie pour rectorragies d'origine hémorroïdaire.

Mais le vrai problème, même si l'on fait le diagnostic de Sigmoïdite diverticulaire, est celui qui hante chaque médecin dans ces cas, c'est-à-dire savoir si l'hémorragie ne signe pas une dégénérescence des diverticules ou de la Sigmoïdite. Certains auteurs considèrent ces hémorragies comme d'origine exclusivement cancéreuse. Il ne faut cependant pas aller jusque là, ni non plus penser comme Jensen que ces hémorragies proviennent plus souvent d'une Sigmoïdite que d'un Cancer .

Néanmoins, il faut être très prudent car Ranson, sur 9 Sigmoïdites à forme hémorragique, a trouvé 7 Cancers... Aussi la présence de diverticules coliques à la suite d'une entérorragie solitaire chez des sujets d'un certain âge ne peut faire exclure le diagnostic de Cancer. Il y a nombre d'observations où coexistent des diverticules et un Cancer qui est parfois difficile à mettre en évidence.

Telles sont les formes hémorragiques. Voyons maintenant les formes hypertrophiques.

3° Les formes hypertrophiques ou pseudo-néoplasiques

Ce sont les formes les plus courantes et celles qui prêtent le plus aux discussions diagnostiques. Anatomiquement, nous

l'avons vu, elles diffèrent. En principe, la clinique les différencie, car à l'hypertrophie sous-muqueuse correspond la forme sténosante, et à la sclérolipomatose sous-séreuse correspond la forme tumorale. Ce ne sera que pour les besoins de l'exposé que nous étudierons séparément ces formes anatomo-cliniques, et ceci sera artificiel car, en fait, elles sont le plus souvent associées avec une fréquence beaucoup plus grande pour la forme tumorale, pseudo-néoplasique. De toute façon, elles font presque toujours hésiter et font plutôt penser à un Cancer qu'à une Sigmoïdite, car à partir de 50 ans, devant un syndrome occlusif, on pense à un Cancer et on est heureux de trouver une Sigmoïdite.

Etudions successivement ces deux variétés de Sigmoïdites :

a) LA FORME STENOSANTE

Les Sigmoïdites, à tous les stades, peuvent donner des épisodes sub-occlusifs torpides, véritables « équivalents mineurs » (Girard) qui sont en général précédés de troubles coliques. Ce ne sont en général pas des occlusions franches comme dans cette forme toute particulière (14 cas pour Sénèque, 34 pour J.-J. Morton, 2 pour Jasoni).

En effet, le tableau clinique est celui de toute occlusion du côlon gauche.

Le début progressif ou forme subaiguë est le plus fréquent, mais il n'est pas rare d'assister à une forme aiguë à début brusque lorsqu'au rétrécissement inflammatoire s'ajoute une obstruction par fragment fécal, ou un spasme, ou une poussée d'œdème muqueux.

Les douleurs, vagues jusque là, deviennent plus intenses et sont remplacées par des coliques qui durent quelques heures, souvent plusieurs jours. Le malade perçoit dans son abdomen des gargouillements prenant naissance en un point quelconque mais se dirigeant toujours du même côté et s'arrêtant au même endroit vers le flanc gauche.

Il s'y ajoute des nausées et des vomissements. L'arrêt des matières et des gaz est absolu, en même temps apparaît un ballonnement important avec distension cæcale pouvant même induire en erreur et faire penser à une appendicite.

Si l'on sait attendre et que l'on ne précipite pas, une évacuation se produit avec diminution des douleurs et tout rentre dans l'ordre. C'est la crise de Kœnig du côlon, mais très souvent, pensant à un Cancer, on est poussé à intervenir, d'autant plus que les examens radiographiques avec ou sans préparation sont en faveur d'une affection maligne.

b) LA FORME TUMORALE

C'est la véritable forme pseudo-néoplasique, bien que l'élément de sténose y soit associé. Ce qui domine, c'est le fait que par la palpation ou par le toucher, on perçoit une *masse* à gauche qui en impose pour un Cancer.

Elle est fréquente :

— Sénèque en rapporte 25 cas.
— Lepère : 2 cas.
— Devaux : 14 cas.
— Bertrand : 13 cas.
— nous-mêmes en avons 28 cas.

1) Signes de début :

C'est parfois le malade qui découvre lui-même, en palpant une zone douloureuse de son abdomen, une masse dans sa fosse iliaque gauche.

En général, le début est plus progressif, marqué par des douleurs de la fosse iliaque gauche, avec ou sans troubles de l'évacuation. La palpation abdominale fait découvrir une masse dure et douloureuse de la fosse iliaque gauche.

Parfois, enfin, la masse n'est découverte que par le toucher rectal à bout de doigt, dans le Douglas, à l'occasion d'un syndrome recto-sigmoïdien. Dans ce cas, la tuméfaction est difficile à percevoir, elle semble dure, mais surtout elle est douloureuse.

2) A la période d'état :

La tumeur est le signe essentiel faisant à elle seule envisager le diagnostic du Cancer. Elle est accompagnée d'un cortège pathologique dont les signes n'ont en eux-mêmes que peu de valeur rassurante, lorsqu'on pense à une affection maligne. En effet, l'état sub-fébrile avec hyperleucocytose, qui a seul de la valeur, est trop infidèle et fragile pour éliminer le diagnostic de Cancer ; d'autant plus que l'état général, qui classiquement est conservé, est en fait touché. Le teint peut être jaunâtre, terreux avec anorexie, amaigrissement, haleine fétide (l'absence d'atteinte de l'état général en elle-même n'est pas un signe en faveur de la Sigmoïdite, car l'on sait que le Cancer ne retentit qu'assez tardivement sur celui-ci). Souvent aussi, de petites hémorragies et des troubles du transit viennent assombrir le tableau ; ces derniers sont faits de constipation avec déformation des matières ou de diarrhée par regorgement avec des accès d'obstruction intestinale. Nous verrons que même la radiologie et l'examen de la pièce opératoire ne peuvent souvent trancher entre Sigmoïdite et Cancer.

Seules les caractéristiques de la tumeur sont parfois probantes. Celle-ci est directement découverte par le palper abdominal et dans la fosse iliaque gauche, mais elle est profonde, parfois perçue uniquement par le toucher rectal ou le toucher vaginal qui montre une masse mobile, sensible et ferme. Ces deux derniers touchers étant faits en associant le palper abdominal. La grosseur de cette tumeur peut atteindre celle d'une mandarine ; elle est allongée, dans l'axe du gros intestin, nettement limitée à son extrémité supérieure. Sa limite inférieure se perd dans la cavité pelvienne (elle serait mieux limitée que dans le Cancer). Elle est dure, sensible à la pression et parfois même douloureuse, donnant l'impression d'un tube de caoutchouc roulant sous le doigt. Elle est lisse, arrondie, plus ou moins mobile, sur le plan profond. Elle serait plus mobile qu'un cancer, pouvant se laisser saisir et déplacer en masse. En fait, le plus souvent, elle est fixée, semblant bloquée dans la fosse iliaque gauche. Mais un caractère important de ces masses inflammatoires est leur variabilité de volume et de consistence d'un examen à l'autre, ou même en cours d'examen, comme l'ont montré Lecène, R. Bensaude, Hepp et Vincent. Cette variabilité est due à un spasme surajouté ou à une dilatation sus-stricturale. L'examen en position de Trendelembourg combinant le toucher rectal ou vaginal avec le palper abdominal permet de mieux apprécier son volume, sa mobilité et sa consistance.

L'évolution de cette tumeur est souvent longue et entrecoupée de poussées fébriles franches (ce qui la différencierait du Cancer qui est plus torpide). Elle est indéfinie mais se fait en général vers l'aggravation et l'occlusion aiguë, après avoir donné des épisodes d'occlusion à répétition et même des phénomènes infectieux. Signalons que parfois il existe une forme subaiguë dans laquelle la tumeur diminue avec le repos et le traitement anti-infectieux et anti-spasmodique. Ce qui est capital de noter, c'est que le volume de la tumeur ne correspond pas au degré de sténose. Si la sténose plus ou moins complète est fréquente, souvent une tumeur très volumineuse ne donne pas de sténose ou tout au moins une sténose incomplète. C'est un bon signe en faveur de la Sigmoïdite, à l'opposé du Cancer.

Telles sont les formes hypertrophiques simulant au mieux le cancer du sigmoïde. Voyons maintenant les formes compliquées.

III. - LES SIGMOIDITES ÉVOLUÉES OU COMPLIQUÉES

Aiguë ou chronique, le propre d'une Sigmoïdite est de se compliquer.

Ces complications sont :

— les péritonites ;

— les abcès ;
— les fistules ;
les occlusions ;
— enfin, un cancer peut apparaître au cours de son évolution et c'est alors le problème de l'association Sigmoïdite-Cancer.

Nous les étudierons successivement.

Elles modifient le tableau clinique et le pronostic de la maladie.

Avant de les étudier en détail, arrêtons-nous un moment pour considérer quelle est leur fréquence.

Arnheim, en 1940, les a bien étudiées à propos de 834 cas de Diverticulites traitées chirurgicalement.

J.-J. Morton, en octobre 1946, a observé personnellement : 85 cas de complications, mais il en rapporte 104, c'est-à-dire : 39 perforations, 22 fistules stercorales, 34 occlusions, 9 Sigmoïdites avec Cancer.

Pemberton, Marden Black et Maino en 1947, sur 47.000 radiographies du côlon, trouvent 3.995 cas de Diverticulose.

Sur ces 3.995 cas : 600 (15 %) feront des complications.

H.-E. Bacon et E. Mc Kay, en 1948, écrivent que sur 104 malades atteints de Diverticulose, 32 auront des complications.

Jasoni, en 1950, trouve que 1/10 seulement des Diverticuloses donneront des accidents.

Greig, en 1950 : 72 Diverticuloses donnent 25 accidents aigus.

J.-W. Neal, en 1951 : 15 à 20 % des cas donneront des complications entraînant un traitement chirurgical.

J.-P. West, en 1952, publie 118 cas, donnant 25 complications aiguës.

J.-W. Thompson, en 1952, fait une revue générale sur les accidents aigus.

R.-O. Gregg, en 1955, apporte 41 complications réparties entre les obstructions et les perforations.

P. Bertrand, Francillon et Devaux, en 1956, établissent qu'il y a 15 % de Sigmoïdites chirurgicales, c'est-à-dire 44 cas, parmi lesquels, si l'on retire 9 Sigmoïdites et Cancer, il reste 35 complications à l'état pur que l'on retrouve dans la thèse de Devaux, la même année.

— Sur nos 64 observations, nous observons 20 complications aiguës.

Ainsi la fréquence de ces complications est assez grande, 15 à 20 % des Sigmoïdites en donnent. Nous allons maintenant les étudier en détail.

a) Les péritonites

C'est la complication propre aux Sigmoïdites aiguës, mais elle peut se voir aussi dans les formes chroniques (formes tumorales).

C'est le point culminant des accidents. Mais il faut dès le début distinguer deux cas :

— Les péritonites généralisées, qui sont assez rares dans leur forme aiguë (Gabrielle, H.-M. Belding, Jasoni et J. Figarella).

— Les péritonites localisées qui sont, à l'opposé, beaucoup plus fréquentes. Il y a une explication à cela, comme le démontrent H.-M. Belding et J. Figarella. En effet, la généralisation de telles péritonites est ordinairement gênée par divers facteurs :

— siège souvent pelvien de l'organe ;
— auvent protecteur du méso-sigmoïde ;
— action isolante des franges épiploïques ;
— caractère constant de la péri-Sigmoïdite et de la péri-Diverticulite, entraînant la formation d'adhérences au niveau des organes avoisinants (grêle, vessie, cæcum), expliquant la fréquence des péritonites cloisonnées et la rareté des péritonites généralisées.

Rappelons quelques chiffres au sujet de ces péritonites :

— la première description en a été faite par Jaboulay en 1898.
— Patel, en 1911, en cite 28 cas.
— Arnheim, en 1940, sur 834 cas de Diverticulites traitées chirurgicalement, trouve : 12 % de péritonites localisées, 2 % seulement de péritonites généralisées.
— en 1944, Roux et Lenoel en rapportent 49 observations.
— en 1946, Morton, sur 39 cas, n'en a que 3 en péritoine libre.
— en 1950, L. Areseto rapporte 4 observations de perforation aiguë du sigmoïde ; Sénèque et Crépy en publient 25 cas.
— en 1951, Sénèque cite le chiffre de 24 % de péritonites.
— en 1952, J.-P. West trouve 12 perforations sur 118 cas vus en 11 ans.
— en 1954, Lanaham et Gilmore, à propos de 34 perforations spontanées du sigmoïde, constatent que 12 fois, elles étaient dues à une Diverticulite.
— en 1955, Lepère : 5 péritonites par perforation et 1 par diffusion. Il les trouve fréquentes et donne le chiffre de 28 % dans les statistiques étrangères.
— en 1956, Devaux, dans sa thèse, en donne 6 sur 93 observations.
— en 1956, J. Figarella en a vu 7 en 20 ans.
— en 1957, H.-M. Belding : 4 cas.
— en 1957, Mosimann et Hofstetter : 71 cas, mais ils y englo-

bent aussi les péritonites traumatiques, inflammatoires, néoplasiques et par distension.

— en 1957, Lagache, Gauthier et Dupont : 2 observations à propos desquelles ils insistent sur la rareté, la gravité et la difficulté du diagnostic précis.

— en 1958, P. Ryan, à propos de 9 observations personnelles, retrace l'historique et le tableau clinique des perforations des Sigmoïdites diverticulaires.

— nous en rapportons 15 observations (obs. 1, 8, 14, 20, 28, 29, 32, 40, 41, 42, 47, 49, 52, 53, 55).

Voyons quelques généralités avant de les étudier du point de vue clinique.

Elles sont graves, malgré les antibiotiques.

Elles frappent, en général, des hommes âgés de plus de 60 ans.

Elles sont moins fréquentes que les péritonites appendiculaires, gastro-duodénales et salpyngiennes, mais par contre, elles se voient plus souvent que celles dues au diverticule de Meckel et aux ulcérations coliques.

De toute façon, il ne faut pas négliger cette étiologie sigmoïdienne dans les ventres aigus et penser à aller vérifier le sigmoïde.

Etudions les causes de ces péritonites :

— La Diverticulite, très fréquente, bien qu'il soit souvent très malaisé de reconnaître la présence des diverticules lors de l'opération. (J. Figarella ne les a jamais vus dans ses 7 cas.) Seule la radiographie post-opératoire, en couche mince, les montrera parfois. Et l'on sait que le diverticule peut disparaître, rongé par l'inflammation, comme c'est quelquefois le cas de l'appendice.

— La Sigmoïdite non diverticulaire.

— Les Sigmoïdites phlegmonneuses ou abcédées autour d'un corps étranger.

— Les Sigmoïdites staphylococciques, comme dans la 2e observation de Figarella où la paroi sigmoïdienne perforée avait été attaquée par un germe virulent par voie sanguine, alors que la malade avait une néphrite secondaire à une furonculose. (Cette étiologie se voit chez les enfants [Prof. Salmon].)

— Les perforations diastatiques en amont d'une sténose cancéreuse recto-sigmoïdienne, comme dans l'observation de Masse.

Enfin, ces péritonites apparaissent dans certaines circonstances :

— des excès alimentaires, la fatigue, un exercice sportif ou un traumatisme (Ballin) ;

— une insufflation d'air par un rectoscope (3e cas de H.-M. Belding) ;

— une rectoscopie (faite sous anesthésie dans le 3e cas de Figarella). Récemment, P.-A. Haas écrit que 130 cas ont été retrouvés, mais il y en a d'autres qui ne sont pas révélés ou qui sont guéris spontanément. Il insiste sur 3 points de la clinique :

- douleurs violentes irradiées à l'épaule gauche,
- choc important,
- croissant gazeux à la radiographie.

— parfois un simple lavement (Mc Donnald) ou même un purgatif (Wheeler). L. Hermann en rapporte 2 cas : l'un par simple lavement chez un sujet de 73 ans ; et l'autre dû à la canule à lavement sur la face postérieure du sigmoïde.

Mais deux circonstances sont particulièrement à retenir :

1° Les perforations après traitement par A.C.T.H. ou Cortisone notées par S. Mc Lanaham et Gilmore en 1954 et Masse en 1958. Nous en relatons deux observations : observation n° 14 où la malade ayant une Sigmoïdite tumorale avait été traitée par la Cortisone pour un état de mal asthmatique qui a entraîné la perforation et l'observation n° 53 qui est une perforation du lavement baryté chez une malade traitée, elle aussi, pour état de mal asthmatique par l'A.C.T.H.

2° Les perforations lors du lavement baryté. Ce n'est pas un accident exceptionnel si l'on considère les récentes publications à ce sujet. Les perforations peuvent se produire dans deux circonstances :

a) Soit au cours du lavement baryté à visée diagnostique :

— Kleinsasser et Warshaw, à propos d'un cas qu'ils analysent chez un homme de 50 ans, ont bien étudié par l'expérimentation le rôle du Sulfate de baryum répandu ainsi dans le péritoine. Il n'est pas toxique et ne provoque pas d'adhérences s'il est pur, mais dès qu'il est mélangé à des matières fécales sa toxicité est très grande. De même, ils établissent que pour provoquer ces perforations, ce n'est pas tellement la hauteur où il faut élever le boc (2,70 m dans leurs expériences, hauteur jamais atteinte normalement), que l'état pathologique de la paroi sigmoïdienne qui conditionne l'accident.

— Garbay en rapporte 2 cas.

— C. Olivier, dans son livre sur le radiodiagnostic, en parle et cite l'enquête menée en 1952 par Zheutlin, Lasser et Rigler auprès des 100 plus grands centres radiologiques américains qui retrouvent plus de 50 cas de ces perforations avec une mortalité de 51 %.

— Sicard et Lachartre, à propos de 2 cas personnels en 1956 (*Presse Médicale*, 27-6-56), relèvent 70 cas publiés dans la littérature.

— Gastaud en rapporte un cas chez une femme de 93 ans.

— Enfin, nous-mêmes en donnons une belle observation (obs. n° 53) qui s'est malheureusement très mal terminée.

b) Soit au cours du lavement baryté pratiqué par l'orifice distal d'un anus artificiel.

— Alvarinhas en cite un cas mortel.

— Grillo et Nardi en réunissent 17 cas, mais en dehors d'une Sigmoïdite et d'une Diverticulite, dans les autres cas, il s'agissait de Cancers.

En conclusion, on peut, avec Moulonguet, penser que cet accident est moins rare qu'il ne paraît, mais qu'il doit souvent rester dans l'ombre.

Ainsi donc, après avoir donné ces quelques idées préliminaires, nous allons considérer l'aspect clinique de ces péritonites sigmoïdiennes. Elles se présentent sous deux aspects :

— soit sous forme de péritonite par perforation,

— soit sous d'autres formes.

I. — LES PERITONITES PAR PERFORATION

Là encore nous devons, selon l'intensité des signes, les diviser en deux formes différentes :

— l'une où les signes sont au complet, elle est solennelle, c'est la forme *sthénique ;*

— l'autre où, par contre, ceux-ci sont estompés, à bas bruit, c'est la forme *asthénique.*

Dans tous les cas, elles peuvent survenir comme une manifestation brutale d'une Sigmoïdite latente, ou au contraire comme une complication grave d'une Sigmoïdite connue.

1° La forme sthénique.

C'est la péritonite aiguë typique. D'emblée, il faut dire qu'il y a :

Des signes très évocateurs de péritonite sigmoïdienne :

— la douleur brutale dans la fosse iliaque gauche ;

— la contracture maxima en bas et à gauche avec la douleur provoquée ;

— et choc précoce et dramatique dû à la septicité du liquide qui inonde le péritoine.

Des signes formels :

— des antécédents et des poussées fébriles avec troubles colitiques (diarrhée ou constipation) lorsqu'ils existent.

Cette péritonite passe par 2 stades : un stade de début et un stade d'état où la péritonite est constituée.

a) *Le début.*

En général, il est brutal. Rien ne le laissait prévoir, dans 2/3 des cas chez un homme de plus de 50 ans pour Roux et Lenoel.

On assiste au tableau de perforation d'un viscère creux, mais certains signes attirent vers le sigmoïde.

Les signes fonctionnels : la douleur :

— Intense, explosive, subite, atroce, à type de coup de poignard, d'emblée excessive. Le malade est courbé en deux, les genoux fléchis, le facies anxieux, altéré.

— Elle débute dans la fosse iliaque gauche, à type d'appendicite à gauche, parfois plus basse, pelvienne. Si elle est épigastrique, elle descend vite dans la fosse iliaque gauche où, de toute façon, elle est maxima.

— Elle irradie vers le système génito-urinaire et s'accompagne de ténesme et de dysurie.

On trouve de même des vomissements quasi constants et des nausées plus rarement.

L'arrêt des matières et des gaz est absolu.

Les signes généraux sont très marqués et très vite constitués :

— l'état de choc est alarmant, rapidement irréversible s'il n'est pas traité ;

— mais surtout, la température s'élève très vite (ce qui est un bon signe en faveur de l'origine sigmoïdienne, lorsqu'on hésite avec une perforation gastro-duodénale).

Les signes physiques :

— l'abdomen est très ballonné avec météorisme. Il se défend déjà.

En fait, le début est souvent moins brutal, car il existait des signes propres à la poussée pré-perforative de la Sigmoïdite. De toute façon, on arrive très tôt au 2e stade qui est :

b) *La période d'état ou de péritonite aiguë.*

Elle est marquée par la douleur irradiant vers la sphère urinaire et des signes cliniques abdomino-pelviens gauches et une chute intense de l'état général avec collapsus.

Mais ce sont surtout les signes physiques qui sont probants :

— la contracture est apparue, de siège iliaque gauche ou hypogastrique ; de toute façon, maxima en bas et à gauche de l'abdomen, mais elle diffuse assez rapidement à tout l'abdomen. Elle devient intense et généralisée.

— le toucher rectal révèle un Douglas très douloureux qui peut même bomber.

— au toucher vaginal chez la femme, la mobilisation utérine est douloureuse.

— enfin, parfois, une radiographie de l'abdomen sans préparation peut objectiver le croissant gazeux signant la perforation d'un viscère creux (Lepère l'a obtenu dans 3 cas

sur 5 de ces péritonites par perforation). (Par exemple, la radiographie n° 32 de notre observation 49.)

Comment évoluent ces péritonites dans leur forme typique ?

Le fait remarquable est la rapidité de leur évolution et par là leur gravité. Ceci à cause de la septicité du contenu colique.

Il s'établit presque immédiatement un syndrome toxique et livrés à eux-mêmes, ces malades meurent en 2 à 3 jours dans un tableau de grande septicémie avec collapsus.

Même traitées, elles restent graves.

— Roux et Lenoel, en 1944, sur 49 observations, ont eu 33 morts, c'est-à-dire 70 %.

— Sénèque et Crépy, en 1950, sur 25 cas, ont eu 9 morts.

—Nous-mêmes, sur 15 cas, avons eu 4 décès.

De toute façon,

— seul le diagnostic précoce peut permettre de sauver un bon pourcentage de ces malades.

— il faut obligatoirement les opérer à cause des signes péritonéaux.

— le diagnostic topographique est important, car il fait gagner du temps.

Telle est la forme *sthénique* de ces péritonites par perforation, mais très souvent le tableau clinique est moins parlant chez des malades diminués ou en mauvais état et c'est dans ce cas que l'on décrit la forme *asthénique*.

2° La forme asthénique.

Elle a été décrite par Patel.

Terrain. — Elle atteint des sujets âgés, obèses, cachectiques, diarrhéiques.

On peut la décrire en disant que la réaction locale et péritonéale est estompée, parfois même absente.

Le début est très insidieux, marqué par quelques vagues douleurs abdominales avec nausées.

Mais très vite, le facies s'altère, l'état général s'effondre, le pouls devient rapide et filant, mais la température reste peu élevée, voire normale.

Evolution. — Le malade entre dans un collapsus progressif et devient intouchable pour le chirurgien. La mort survient en quelques heures, sans que l'on ait pu faire le diagnostic. Ce n'est qu'à l'autopsie qu'on trouvera la péritonite sigmoïdienne.

A côté de cette forme latente, il y a parfois un minimum de signes permettant de décrire une « forme fruste », dont le début n'est pas brutal avec quelques douleurs atténuées ; à l'examen, pas de contracture, mais il existe une distension abdominale. Mais de toute façon, là aussi l'évolution est très rapide.

Telle est la forme habituelle des péritonites par perforation.

Voyons maintenant les formes atypiques.

II. — LES AUTRES FORMES

Au nombre de deux, elles diffèrent du tableau de péritonite par perforation :

— soit parce qu'on ne trouve pas de perforation, c'est la *péritonite par diffusion ;*

— soit surtout parce que le syndrome toxique revêt le caractère septicémique et que l'on est en présence d'une Sigmoïdite *gangréneuse.*

1° La péritonite par diffusion.

Elle fut étudiée expérimentalement par Klecht. Elle peut se comparer aux péritonites secondaires à une hernie étranglée et à une appendicite aiguë non perforée.

Le tableau clinique est moins dramatique, moins brutal et moins grave. On trouve :

— soit une douleur peu vive, de la défense peu accusée, mais généralisée (obs. 3 de Figarella).

— soit une occlusion fébrile où les signes de localisation sigmoïdienne ne sont pas toujours évidents.

— soit une forme asthénique de péritonite chez les gens âgés, fatigués, obèses ou à parois déficientes.

— soit une forme tournant court et donnant spontanément un plastron après un début solennel.

De toute façon, à l'intervention, on découvre une péritonite, mais il n'y a pas de perforation autour d'un foyer de Sigmoïdite ou de péri-Sigmoïdite ou d'une Diverticulite noyée sous des fausses membranes qui peuvent recouvrir et cacher la perforation si elle existe. L'inondation péritonéale s'est faite par filtration.

2° La forme septicémique.

C'est le tableau d'une septicémie grave et à l'intervention, on découvre une Sigmoïdite gangréneuse de pronostic très grave.

Elles ont été étudiées en particulier par :

— Patel en 1913 qui, sur 28 cas, a eu 28 décès.
— Delord et Puthod en 1932.
— Fakhrai dans sa thèse, en 1936, relate cependant 2 guérisons.
— Soustelle, thèse Lyon 1937, rapporte 7 observations avec 5 morts et 2 guérisons.
— Notons les travaux des auteurs argentins, en 1946, Ruiz et Montserrat.
— En 1950, Sénèque et Crépy rassemblent tous les cas de la littérature et concluent aussi à leur gravité.
— Ne pas oublier les travaux de P. Bertrand en 1953 et 1956 à ce sujet.

En 1953, Mathieu, Dumont et Gabriel rapportent une Sigmoïdite gangréneuse à l'occasion d'un accouchement.

Enfin dernièrement, Arnulf, en 1959, à propos d'un cas guéri, l'étudie en détail.

Du point de vue clinique :

Il s'agit d'un syndrome de péritonite généralisée par perforation, mais fait important, les signes prédominent très souvent à droite et l'on part en général par une incision de Mac Burney pour appendicite comme dans les cas de P. Bertrand et celui de Arnulf, et ceci se retrouve dans la littérature.

Le diagnostic pré-opératoire de péritonite par perforation d'une gangrène du sigmoïde est très rarement fait, malgré l'aspect toxique du malade qui apparaît comme un septicémique au teint terreux et en collapsus.

Telles sont les péritonites sigmoïdiennes, qu'il ne faut pas méconnaître vue leur gravité. Voyons maintenant une autre complication : *les abcès.*

b) Les abcès

En fait, ce chapitre doit nous faire envisager deux stades successifs de la réaction du péritoine à l'inflammation du sigmoïde :

— un premier temps qui est une réaction plastique : c'est la *Périsigmoïdite ;*

— Puis, si celle-ci ne se résorbe pas, elle suppure et c'est la période d'abcédation.

Nous verrons séparément ces deux stades.

1) LA PERISIGMOIDITE PLASTIQUE

ou Sigmoïdite plastique adhésive, secondaire à l'inflammation du sigmoïde ou d'un diverticule ; elle est aussi le fait d'une perforation du sigmoïde, cloisonnée par des adhérences. (La Sigmoïdite diverticulaire ou non peut, comme l'appendice, donner des lésions de voisinage).

Lorsque l'infection n'est pas virulente, il se forme des adhérences entre le côlon d'une part et, d'autre part, la paroi, l'intestin, la vessie, l'utérus donnant une Périsigmoïdite qui est une péritonite limitée, localisée à l'entour du sigmoïde et circonscrite dans la fosse iliaque gauche ou le petit bassin. Celle-ci est en général préparée par des crises antérieures de Sigmoïdite arrêtées au stade simple ou s'étant perforées sans inondation péritonéale.

Spanu insiste à juste titre sur la fréquence des Périsigmoïdites aiguës dont l'étiologie est souvent diverticulaire.

Voyons quels en sont les signes cliniques et l'évolution.

Les signes cliniques : ils sont fonctionnels, généraux, physiques.

a) Les signes fonctionnels : après une crise de Sigmoïdite aiguë, la douleur et les vomissements persistent malgré le traitement. Constipation ou au contraire, émission de glaires et fausse diarrhée avec nausées. Très souvent, il n'existe qu'un minimum de troubles du transit.

b) Les signes généraux : on note la persistance de l'état fébrile à 38°,5, 39° malgré un traitement bien conduit ; la fièvre a tendance à devenir oscillante. La numération et formule sanguine objective une leucocytose à polynucléaires.

Mais ce stade de la maladie est essentiellement marqué par des signes physiques.

c) Les signes physiques : le côlon sigmoïde qui était spasmé et douloureux, mais dont les bords étaient nets, va perdre sa mobilité et son individualité ; il s'empâte ; la tuméfaction déjà perçue s'étend, s'élargit et, fait capital, ses limites s'estompent et vont se perdre en une masse qui fait corps avec la paroi abdominale antérieure. C'est le *plastron de la fosse iliaque gauche*, constitué par l'S iliaque, son méso et ses adhérences.

Il est sus-crural, sensible, sa consistance est celle du « carton mouillé », ses limites sont des plus variables : on découvre enfin un œdème pariétal diffus.

Quelle est l'*évolution* de cette Sigmoïdite plastique ?

Sous l'effet du traitement, beaucoup plus rarement spontanément, elle peut évoluer :

1) Vers la résolution et la guérison ; le plastron régresse et surtout le côlon sigmoïde récupère sa mobilité, en même temps que les signes généraux disparaissent, le transit reprend, mais il persiste une mésentérite rétractile.

2) Vers la chronicité.

Enfin, d'elle-même, et souvent malgré le traitement, elle peut continuer d'évoluer et aboutir à la suppuration, c'est-à-dire au stade d'abcès que nous allons étudier maintenant.

2) LES ABCES

Ils ne sont pas très rares.

— Arnheim en 1940, sur 834 Diverticulites, trouve 19 % d'abcès.

— Morton en 1946 rapporte 39 péritonites : 3 sont en péritoine libre, le reste sont des abcès.

— Sénèque et Crépy en 1950 apportent 19 suppurations péri-sigmoïdiennes.

J.-P. West en 1952, sur 118 cas vus en 11 ans, trouve seulement 4 abcès.

— Lepère en 1955 : 2 abcès sur 23 cas.

— Spanu en publie 3 observations dont l'étiologie diverticulaire est contestable. Il est à noter qu'il en a un cas chez un enfant de 4 ans.

— P. Bertrand en 1956 en note 5 cas sur 93 Sigmoïdites que l'on retrouve dans la thèse de son élève Devaux la même année.

Nous en trouvons 2 cas dans nos 64 observations.

Bien qu'ils succèdent à la périsigmoïdite plastique, ces abcès s'installent souvent de façon insidieuse, paraissant alors primitifs. De toute façon, le symptôme majeur en est la fièvre, de type septique, ondulante, à grandes oscillations, précédée de frissons. Le pouls suit la température, l'état général est touché avec sueurs et teint terreux. Il peut même aller jusqu'à la cachexie.

Donc, ce sont des signes généraux de suppuration au milieu desquels la leucocytose importante, avec forte polynucléose, est un élément précieux pour le diagnostic.

Devant ce tableau général, on n'apprécie pas toujours à sa juste valeur le syndrome colitique de date parfois ancienne, car les phénomènes de sub-occlusion persistent aussi, faits de constipation et de météorisme, ainsi que des douleurs dans la fosse iliaque gauche qui deviennent plus vives et lancinantes.

Il serait intéressant, suspectant le diagnostic d'abcès, de pratiquer un dosage de Phosphatasémie, car Deloyers (1956) semble formel sur sa valeur quant au moment de l'apparition du pus. (Nous n'avons pas eu l'occasion de le vérifier.)

Déjà cet auteur, dans le *Bruxelles Médical* n° 3 du 11-2-1945, écrivait que l'hyperphosphatasémie est un facteur constant des suppurations aiguës non osseuses. D'après ses travaux, on trouvera du pus lorsqu'il y a hyperphosphatasémie. Le taux normal dans le sang est de 3,5 à 5 U.R. Ce taux augmente lors de la formation du pus et diminue après drainage ou stérilisation spontanée de celui-ci.

L'hyperphosphatasémie augmente proportionnellement au volume de l'abcès. Ce serait donc, pour cet auteur, une méthode sûre pour mettre en évidence l'abcès.

Enfin, les signes cliniques peuvent être réduits au minimum, l'abcès étant une découverte d'intervention.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'un abcès est constitué, les aspects cliniques diffèrent selon la localisation de celui-ci, car ils peuvent être :

péritonéaux ou
— sous-péritonéaux.

A) Les abcès péritonéaux.

Ils se présentent sous 3 variétés topographiques : iliaques, pelviens, abdominaux médians ou mésocœliaques (les deux premiers étant les plus fréquents).

1) *Les abcès iliaques.*

Ce sont eux que l'on rencontre le plus souvent. Ils sont d'un diagnostic aisé, presque évident.

On assiste à une modification du plastron iliaque gauche. Il se ramollit, s'empâte. Il donne l'impression d'une résistance nette et enfin, on trouve une fluctuation, alors que la douleur à la palpation de celui-ci est de plus en plus vive, en particulier en son centre.

Non seulement l'abcès se sent, mais il se voit à jour frisant, formant une tuméfaction située au-dessus de l'arcade crurale, en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, parfois plus en dedans, sur le bord externe du muscle grand droit.

Cette tuméfaction arrondie refoule les téguments qui, à ce niveau deviennent œdémateux, puis rosés et parfois rouges. C'est à ce moment qu'il faut l'inciser.

Sa taille est variable, très souvent volumineux, parfois si réduit qu'il passe inaperçu, sa formation peut être rapide ou lente.

2) *Les abcès pelviens.*

Moins fréquents, ils sont plus sournois, la profondeur des lésions les cache. Ils ont des signes d'emprunt pelviens : vésicaux, rectaux et péritonéaux et sont perceptibles au toucher.

Les premiers signes sont intestinaux : ténesme rectal et phénomènes occlusifs, puis troubles vésicaux : dysurie, ténesme et pesanteur vésicale.

— Chez la femme, il n'y a pas de signes génitaux, de même le toucher vaginal n'en objective pas.

— Dans les deux sexes, le toucher rectal profond et le toucher combiné en position déclive, en faisant « pousser » le malade montrent un empâtement plus ou moins résistant, diffus, douloureux, situé plus haut que le Douglas et en avant.

Plus tard, quand l' abcès est constitué, le toucher montre un Douglas plein, tendu, le rectum étant lui-même entouré par la collection : c'est l'abcès du Douglas.

3) *Les abcès abdominaux médians ou mésocœliaques.*

Ils évoluent d'emblée en pleine cavité péritonéale.

Ils sont graves, car ils donnent une forte réaction péritonéale ou plus souvent une occlusion.

Quand l'anse sigmoïde est déjetée à droite, les signes sont à droite et sont trompeurs quant à leur origine sigmoïdienne.

Tels sont les abcès péritonéaux. Voyons maintenant :

B) Les abcès sous-péritonéaux.

Ce sont des cellulites localisées, à l'opposé des précédents qui sont des péritonites localisées.

Ils sont développés dans le tissu cellulo-graisseux sous-péritonéal, fusant entre les deux feuillets péritonéaux du mésocôlon sigmoïde et de là, envahissant les espaces celluleux anatomiques, en particulier la fosse lombaire ; c'est pour cette raison que nous décrirons 2 formes suivant la localisation de ces suppurations.

— les abcès méso-coliques, situés entre les 2 lames du mésocôlon,
— les abcès postérieurs, situés dans la fosse lombaire.

Mais, avant d'entreprendre l'étude, disons que :

— du point de vue anatomique, ces abcès communiquent largement avec le tissu cellulaire qui accompagne les vaisseaux se rendant aux organes du petit bassin et qu'ils peuvent avoir des trajets très complexes. Ils ont été étudiés très minutieusement en 1942 dans la Monographie de L. Prat, P. Prat et V. Paschetta.

— du point de vue signes fonctionnels et généraux, ils ne diffèrent pas des abcès péritonéaux que nous avons étudiés précédemment. Ce sont les signes physiques qui en font l'originalité.

1) *Les abcès mésocoliques.*

Ils sont assez rares.

Leur début ne se fait pas brusquement, mais à bas bruit, de façon torpide. Ils se manifestent par des signes se suppuration hypogastrique de marche progressive.

Chez la femme, on perçoit, soit dans la fosse iliaque gauche, soit dans le cul-de-sac vaginal gauche, une masse diffuse plus ou moins douloureuse, très externe, accolée à la paroi ostéo-musculaire de la fosse iliaque gauche qui descend vers l'arcade crurale où on la palpe. Au toucher vaginal, le cul-de-sac gauche est abaissé, la grande lèvre est œdématiée.

— Chez l'homme, cette forme est beaucoup plus rare à cause de l'aponévrose de Denonvilliers et des lames sacro-recto-génito-pubiennes qui arrêtent l'infection. L'évolution se fait vers le rectum, en arrière.

— Dans les deux sexes, il y a un silence abdominal. Pas de réaction péritonéale franche, pas de ballonnement. Les signes locaux sont imprécis. L'examen objective une collection profonde avec des signes généraux très évocateurs de suppuration. Parfois, les signes sont latents et l'abcès est découvert à cause d'une complication : péritonite ou occlusion du grêle. G. Franchi a rapporté un cas chez une femme de 60 ans où les signes se limitaient à des phénomènes de sub-occlusion avec

perception d'une tumeur dure de la fosse iliaque gauche de la grosseur d'une orange, qui s'est révélée être un abcès du méso-sigmoïde à allure pseudo-néoplasique.

2) *Les abcès postérieurs.*

Ils sont rétro-péritonéaux, se traduisant par une douleur lombaire gauche maxima au niveau de la crête iliaque, irradiant vers le périnée, la cuisse gauche et les organes génitaux, mais surtout marqués par un psoïtis gauche (cf. l'observation de P. Granjon). Parfois, ils évoluent sur le même mode torpide. Par la clinique, on objective un empâtement lombaire, bas situé, au-dessus de la crête iliaque, qui arrive à bomber dans la région lombaire, ce qui permet d'en faire le diagnostic.

C) Quelle est l'évolution de ces abcès ?

S'ils ne sont pas opérés, ils peuvent parfois rester localisés et se résorber, créant des adhérences, facteurs d'occlusion secondaire, en particulier des occlusions du grêle. Mais le plus souvent, l'évolution se fait vers l'*ouverture :*

1) Soit à la peau :

— en avant, dans la région inguinale ou ombilicale ;

— en arrière, pour les abcès postérieurs, dans la région lombaire. Ceci est rare.

2) Soit dans le péritoine (assez rarement, car les adhérences le cloisonnent), créant une péritonite en deux temps. Les signes péritonéaux surviennent brusquement, au milieu des signes précédemment décrits, souvent à l'occasion d'une thérapeutique plus ou moins agressive : purgation, lavement, ou d'un effort, parfois même le simple lever peut en être la cause.

3) Soit dans un viscère ou un organe avoisinant : le côlon (deux cas décrits par Prat) avec émission de pus fétide par l'anus ; l'intestin ; le vagin ; le rectum ; mais essentiellement la vessie.

Dans ces différents cas, la rupture peut clore l'évolution de cette suppuration ; mais le plus souvent, s'installe une *fistule*, comme nous allons l'étudier maintenant en voyant les formes fistulisées.

c) Les formes fistulisées

Elles n'apparaissent jamais au cours d'une Sigmoïdite aiguë, mais sont le propre des Sigmoïdites chroniques.

Il en est de rares comme les fistules à la peau, dans le vagin, dans l'intestin.

D'autres sont plus fréquentes : les fistules stercorales post-opératoires.

Enfin, les plus nombreuses sont les fistules sigmoïdo-vésicales.

1) LES FISTULES RARES

a) Fistules sigmoïdo-cutanées.

Nous avons vu au moment de l'étude des abcès qu'elles peuvent être :

— antérieures dans la fosse iliaque gauche : ce sont les plus nombreuses ;

— mais aussi postérieures dans la région lombaire ;

— il en a été décrit au niveau du scrotum et aussi du creux ischio-rectal ;

— elles sont cependant très rares, mais Mayo en a quand même rapporté 8 cas.

b) Fistules sigmoïdo-vaginales.

Elles sont dues à un abcès du Douglas s'ouvrant dans le vagin, parfois aussi à un phlegmon de la gaine hypogastrique.

On constate d'abord un empâtement du cul-de-sac vaginal postérieur, puis celui-ci bombe, devient œdémateux, fluctuant en un point, s'accompagnant de douleurs pelviennes et d'épreintes rectales. Puis c'est l'ouverture dans le vagin qui est inondé de pus fétide et de débris stercoraux. H. Meixner signale un cas de perforation d'un diverticule dans le cul-de-sac vaginal postérieur chez une femme de 80 ans se présentant par des pertes fétides, faisant penser à un cancer génital. Le diagnostic ne fut fait qu'à l'opération.

Ces fistules colo-vaginales sont gênantes, mais en général bien tolérées. On les objective au spéculum et par lavement baryté quelquefois. Elles posent de délicats problèmes chirurgicaux.

c) Fistules colo-intestinales.

Elles peuvent être directes, le grêle étant collé au sigmoïde par des adhérences, ou se faire par l'intermédiaire d'un cloaque entre les 2 organes.

Mayo en rapporte un cas et R. Russel-Bert en 1949 en détaille 4 cas.

Elles se manifestent par une diarrhée continue ; les selles sont liquides et contiennent des aliments plus ou moins digérés suivant la hauteur de la fistule sur le grêle. Elles peuvent être parfois bilieuses. Quatre malades de Russel-Bert présentaient un curieux syndrome fait d'alternatives d'obstruction intestinale et de selles diarrhéiques impératives et répétées. Dans tous les cas, le diagnostic a été soupçonné cliniquement et radiologiquement, la baryte allant directement du côlon dans le grêle.

Fait important, ces fistules provoquent un état de dénutrition rapide, d'autant plus marqué que la fistule siège haut, ainsi que des phénomènes d'intoxication. Sans traitement, la mort est de règle dans un état cachectique.

2) LES FISTULES MOINS RARES

c'est-à-dire *les fistules stercorales.*

Elles sont post-opératoires. J.-J. Morton en 1946 en rapporte 22 cas. Devaux en 1956 en cite 4 observations sur 102 cas.: Nous en avons plusieurs cas (obs. n^{os} 14, 38 et 43).

Nous devons insister dès maintenant sur un point important : deux malades du Professeur Ed. Henry ont présenté des fistules stercorales lors de la fermeture de la colostomie (obs. 38 et 43) chez l'un de ces malades, M. Ba..., 52 ans, présentant une Sigmoïdite occlusive avec abcès mésocolique traitée par anus transverse droit et drainage, la guérison fut obtenue, mais il fallut à 3 reprises fermer cet anus ; chaque fois, on assista à un lâchage des sutures.

Nous verrons, lors des indications opératoires, l'incidence de tels faits.

3) Enfin, les fistules de beaucoup

LES PLUS FREQUENTES

sont *les fistules sigmoïdo-vésicales.*

— Elles furent bien étudiées par Gouverneur en 1938, qui décrivit les fistules directes.

— en 1940, Arnheim donne le chiffre de 8 % de fistules sigmoïdo-vésicales dans les diverticulites.

— en 1942, Prat et Paschetta donnent les chiffres suivants :

- Maxwell, Telling et Gruner, 38 fistules sur 384 Diverticulites (11,73 %).
- Lockhart, Mummery : 4 sur 87.
- Mailer : 14 sur 100.

— en 1947, Pemberton, Black et Maino : 22 fistules sur 144 Diverticulites.

— en 1949, Dubost et Torre font état de 182 observations de fistules sigmoïdo-vésicales étudiées dans la littérature.

— la même année, Mayfield et Waugh font une revue générale de la question, basée sur 32 cas opérés à la Mayo Clinic.

— en 1950, Mayo et Blunt, 46 fistules sur 202 cas, c'est-à-dire 22 %.

— en 1952, J.-P. West en 11 ans, a vu 3 fistules sigmoïdo-vésicales sur 118 diverticulites.

— en 1955, Podlescha en trouve 700 cas dans la littérature.

— en 1955, Lepère en a 2 cas sur 23.

— en 1956, P. Bertrand, ainsi que son élève Devaux, n'en rapportent qu'un cas sur 93.

— en 1957, Abeshouse, Robbins, Gann et Salik en rapportent 6 observations.

— la même année, Godin fait sa thèse à Paris sur ce sujet.

— en 1958, Macquet, Delannoy, Soots et de France en donnent 4 observations.

— Lamphier et Tierney, en 1959, en rapportent 3 cas.

Comme on le voit, ces fistules ne sont pas rares, nous en rapportons 3 cas (obs. 6, 7 et 62).

Quant au sexe, elles sont de l'avis général plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, par exemple :

— Mayfield et Waugh en trouvent 28 chez l'homme et 4 seulement chez la femme (âge moyen 54 ans).

- - Podlescha : 3 hommes pour 1 femme.

— Mayo et Blunt : 39 chez l'homme et 7 chez la femme (malades entre 29 et 76 ans).

— Nos 3 cas concernent 2 hommes (obs. 7 et 62) et 1 femme (obs. 6).

Ceci s'explique car chez la femme l'interposition de l'utérus entre la vessie et le sigmoïde est une barrière que l'inflammation doit contourner.

L'étiologie inflammatoire de ces fistules sigmoïdo-vésicales est primordiale. Dubost et Torre, sur 182 fistules, en trouvent 107 inflammatoires dont 69 d'origine colique et diverticulaire.

Girard pense qu'elles sont plus fréquentes dans la Sigmoïdite que dans le Cancer.

Podlescha classe l'étiologie par ordre de fréquence ; en premier, l'origine inflammatoire, ensuite les néoplasiques, puis les traumatiques et enfin les congénitales, qui sont de beaucoup les plus rares.

Quel est l'aspect clinique de ces fistules sigmoïdo-vésicales ? Il existe 3 périodes : avant, au moment et après la fistule.

a) Avant la fistule, ce sont des prodromes faits de fièvre à 38°, 39° et de signes urinaires : pollakiurie, dysurie, ténesme vésical ; les urines sont claires, c'est une véritable « forme urinaire » de la Sigmoïdite. Ces malades sont alors très souvent traités pour une infection urinaire parfois assez longtemps (8 ans dans un cas de Mayo et Blunt).

b) Au moment de la création de la fistule :

Les signes que nous allons décrire peuvent survenir brusquement mais le plus souvent, ils se voient au cours d'une poussée sévère de Sigmoïdite.

C'est le paroxysme des douleurs qui prennent un aspect aigu avec sensation de « déchirement ».

Un de nos malades (obs. n° 7) dit à son médecin : « J'ai un abcès de l'intestin qui a éclaté dans la vessie. »

Les signes généraux sont très marqués. A ce moment, il y a en général une phase de rétention d'urine.

Quant aux signes digestifs, ils s'y associent sous forme de sub-occlusion, parfois même d'occlusion (5 fois sur 46 fistules sigmoïdo-vésicales de Mayo et Blunt).

Puis, tout à coup, apparaissent les signes pathognomoniques :

— des brûlures à la miction ;

— la *pneumaturie*, signe très fidèle (30 fois sur 32 fistules sigmoïdo-vésicales de Mayfield et 40 fois sur les 46 de Mayo) ;

— la *fécalurie*, moins fidèle cependant (Mayo la retrouve 21 fois sur 46) ;

— une *pyurie* abondante, succédant à la phase rétentionnelle ; de toute façon, les urines sont troubles, on y trouve des colibacilles ;

— une hématurie peut se voir, comme dans le cas de Delgado et Maghenzani ;

— très rarement, on constate l'issue d'urine par le rectum, quand la vessie est pleine (Mayo l'a retrouvé une seule fois) ;

— à côté de ces signes de cystite aiguë, les signes généraux s'atténuent, en particulier la fièvre baisse alors que les urines augmentent.

c) Après cette phase initiale, souvent dramatique, la vessie se montre très tolérante, le malade s'accommode assez bien à son état.

Citons à ce sujet le cas de notre malade de l'observation n° 6 qui constatait de façon assez humoristique que lorsqu'elle mangeait des épinards, urinait vert et lorsqu'elle absorbait du charbon, sa miction était noire.

Mais de toute façon, une fistule sigmoïdo-vésicale n'a aucune tendance à guérir spontanément. Elle représente un gros danger vital du fait de l'infection ascendante des reins, amenant une altération définitive du parenchyme rénal.

Comment affirmer le diagnostic en dehors des signes cliniques déjà si évocateurs ?

— Un moyen assez simple et souvent probant est *le lavement avec une substance colorée* (bleu de Méthylène ou Mercurochrome) qui, introduite par voie anale, ressort souvent lors de la miction.

— *La cystoscopie* ne montre en général que des lésions discrètes à type d'œdème bulleux localisé près du dôme vésical ; plus rarement, il est rapproché du trigone.

Moins souvent, elle est concluante, montrant l'orifice de la fistule, punctiforme, à type d'ulcération au sommet d'un petit monticule avec muqueuse amincie au centre. Il siège en règle dans la région postéro-supérieure gauche de la vessie, au-dessus du trigone. Delgado et Maghenzani ont vu dans leur cas 2 orifices punctiformes, alors que ni la cystographie, ni le lavement baryté ne montraient le passage du liquide opaque d'un organe à l'autre. Le siège haut situé de ces fistules inflammatoires, loin du trigone, est un bon signe pour les différencier des fistules néoplasiques qui sont basses, trigonales.

— *La cystographie* est rarement intéressante, sauf de rares fois, de profil.

— *La rectosigmoïdoscopie* ne montre presque jamais l'orifice fistuleux, mais elle permet de voir l'état de la muqueuse rectocolique et de rechercher un cancer associé.

— Enfin, *le lavement baryté* visualise très rarement la fistule. Gouverneur l'a constaté 6 fois sur 11 fistules. Pour notre part, dans un de nos cas (obs. n° 6), nous avons eu la chance d'obtenir 2 magnifiques images (fig. n° 13 et 14) de la vessie injectée par la baryte, de même l'observation n° 62 (radio n° 47).

Mais cette radiographie permet de rattacher la lésion à sa cause en objectivant des diverticules, une Sigmoïdite avec sténose sous-jacente à la fistule et permet d'éliminer un cancer (dans une certaine mesure, car nous verrons plus loin que souvent ce diagnostic ne se fait que par l'histologie).

Notons enfin qu'il peut y avoir, au moment ou après cette radiographie, émission de baryte par les voies urinaires.

Telles sont les fistules vésicales. Voyons maintenant les formes occlusives.

d) Les formes occlusives

Les Sigmoïdites se compliquent souvent de phénomènes sub-occlusifs et même occlusifs. Ceux-ci peuvent être la première manifestation d'une Sigmoïdite. Ces occlusions sont l'aboutissement d'un processus sténosant jusque là latent, qui se complète brusquement, très souvent sous l'effet d'un spasme. Leur caractère clinique est différent, selon qu'il s'agit d'une Sigmoïdite aiguë ou compliquée ou chronique.

1) DANS LES SIGMOIDITES AIGUES

Ce sont des occlusions à début brutal et fébrile qui sont ou coliques ou grêles

a) Coliques.

— Ici, nous ne trouvons pas le tableau de grande occlusion que l'on observe lors des cancers coliques, mais plutôt les épisodes sub-occlusifs.

— De diagnostic délicat, s'il n'y a pas d'antécédents intestinaux qu'il faut toujours rechercher (constipation spasmodique ancienne).

— Elles sont relativement fréquentes : J.-J. Morton en rapporte 34 cas ; West : 9 sur 118 cas observés en 11 ans.

— L'occlusion n'est pas totale ; quelques gaz sont émis.

Elle est fébrile.

Il n'y a pas de distension localisée de l'abdomen.

Il a même été décrit par M. P. Granjon une observation de Diverticulite sigmoïdienne à forme occlusive qui donna un *psoïtis* gauche, alors que le malade était en pleine occlusion avec intense stercorémie. Psoïtis gauche à épanchement très abondant venant bomber sous l'arcade crurale gauche et donnant un flot iléo-crural. Flexion et adduction irréductible de la hanche.

Cette symptomatologie n'est pas fréquente et si elle est signalée, elle mérite d'être rappelée.

b) Grêles.

— C'est dans les formes suraiguës que l'on assiste à des *occlusions aiguës du grêle* décrites par J.-J. Morton en 1946 et récemment par G.-R. Bodon et B. Lapuz qui en ont observé 4 cas sur 112 Diverticulites.

— A. Sutges-Creus pense que l'occlusion est rare, elle est fréquemment associée à une occlusion du grêle.

— G. Spanu décrit une Sigmoïdite compliquée d'abcès, puis d'occlusion du grêle chez un enfant de 4 ans.

Elles sont dues, soit à des adhérences de l'anse au foyer inflammatoire du sigmoïde, soit à un abcès péri-sigmoïdien. Plus rarement à un étranglement sur bride.

Leur étiologie est une découverte opératoire.

2) DANS LES SIGMOIDITES COMPLIQUEES

Elles ne sont pas rares, mais le plus souvent, elles sont à type de sub-occlusion.

— Dans les péritonites sigmoïdiennes, nous avons vu qu'il existe une forme occlusive dans laquelle le début est moins solennel et les signes sont sournois.

On retrouve des vomissements, un arrêt des matières et des gaz ; l'examen, dans les premières heures, découvre une discrète contracture, mais celle-ci cède et il ne persiste qu'un météorisme abdominal augmentant progressivement, avec ballonnement et tympanisme. L'état général décline, puis apparaît un collapsus. Il est intéressant de noter qu'il n'y a pas de fièvre dans ce cas.

— Dans les abcès, les phénomènes sténosants associés en général à des signes généraux peuvent être au premier plan. Ils sont le plus souvent secondaires, le type occlusif est le plus souvent observé.

— Dans les fistules sigmoïdo-vaginales, on rencontre souvent des sub-occlusions, mais l'occlusion vraie n'est pas rare (Mayo et Blunt l'ont trouvée 5 fois sur 46 de ces fistules).

3) DANS LES SIGMOIDITES CHRONIQUES

L'occlusion est fréquente, soit, comme nous l'avons vu, qu'il s'agisse d'une forme sténosante, soit d'une forme tumorale. Ces deux manifestations étant la plupart du temps associées.

Leur début est progressif, quelquefois aigu. Elles sont accompagnées de douleurs de la fosse iliaque gauche, de vomissements et d'un arrêt des matières et des gaz avec ballonnement. On arrive par la palpation ou par le toucher rectal ou vaginal à percevoir la tumeur dont nous avons étudié les caractères.

Il faut savoir attendre, car la sténose cède au repos et au traitement médical.

Les signes radiologiques sont très souvent trompeurs et on est amené à opérer ces malades avec le diagnostic de cancer du sigmoïde (20 fois dans nos observations).

Telles sont les formes occlusives ; voyons maintenant la dernière des complications : la dégénérescence cancéreuse.

e) La Sigmoïdite associée au cancer

L'association des deux maladies n'est pas rare, en particulier lorsqu'on considère les Diverticuloses coliques simples. Y a-t-il une prédisposition au Cancer chez des malades porteurs d'une Sigmoïdite ? Nous allons, pour ce faire, considérer ce que disent les différents auteurs à ce sujet, ceux qui sont pour la dégénérescence, ceux qui sont contre, ne voyant qu'une simple coexistence, puis nous essaierons de conclure, avant d'étudier les modifications cliniques du tableau de la Sigmoïdite, lorsqu'il s'y ajoute une néoplasie.

Quels sont les auteurs qui sont pour la dégénérescence, c'est-à-dire qui font du côlon diverticulaire et enflammé un état pré-cancéreux ? Essentiellement les auteurs classiques et en particulier :

— Wilson en 1911, qui trouve 4 Cancers sur 15 Diverticulites.

— Giffin : 5 Cancers sur 27 Diverticulites.

— Mayo en 1917, 13 sur 48.

— Russel-Bert en 1948 qui, sur 4 fistules sigmoïdo-vésicales, trouve un Cancer associé.

— Neal en 1951, 1 Cancer sur 6 observations.

— Moore et Kirksey en 1954, sur 22 opérations, trouvent 2 Sigmoïdites avec Cancer.

Cette proportion énorme est en faveur de l'état prénéoplasique de la Diverticulite, mais heureusement toutes les statistiques ne sont pas aussi alarmantes ; en effet :

— Fifield sur 218 Diverticulites et Knothe sur 40 ne trouvent aucun Cancer.

— Rankin et Brown en trouvent 4 sur 227, c'est-à-dire 0,06 %, et pensent qu'il s'agit d'une simple coïncidence de trouver réunies 2 affections très fréquentes l'une et l'autre.

— Prat et Paschetta, 9 Cancers sur 66 Diverticulites.

— Arnheim en 1948 : 19 Cancers sur 1.600 Diverticuloses.

— Bacon et Mc Kay, la même année, en revoyant 104 Diverticuloses coliques, contestent l'opinion classique de la dégénérescence des diverticules en Cancer et estiment que ce n'est qu'une simple coïncidence.

— Morton en 1952, sur 111 Diverticulites, 9 Cancers associés seulement. Il pense aussi à une simple coïncidence.

— West, la même année, 9 Cancers sur 118 cas de Sigmoïdite.

— Allen en 1953 analyse 414 cas de Diverticulose : 116 ont subi une résection, il y a seulement 5 Cancers associés.

— en 1955, Bertrand et ses élèves Devaux et Guillot, sur 105 Sigmoïdites, trouvent 15 % de formes chirurgicales dont 35 pures et 9 associations au Cancer seulement.

— Lepère, la même année, en a 2 sur 23 ; il est pour la simple coïncidence et estime très discutable la dégénérescence du diverticule en Cancer.

— Girard en 1956 est pour la simple coïncidence : le diverticule ne dégénérerait pas.

— Deloyers en 1956 partage l'opinion générale selon laquelle les Diverticuloses ne cancérisent pas.

Nous-mêmes, sur 64 cas de Sigmoïdites, trouvons 3 Cancers associés et peut-être un 4e cas douteux (obs. n° 15).

D'autre part certains auteurs, considérant les Cancers du côlon sigmoïde opérés, ont recherché les Diverticuloses associées.

— Ganster les trouve dans 6,3 % des cas.

— Duke revoit 100 Cancers enlevés et trouve 14 % de Diverticuloses.

— Masson, sur 100 Cancers, trouve 12 Diverticuloses.

— Mayo, 30 % de Cancers ont une Diverticulose associée.

— George en trouve 20 %.

Dans ces cas, la Diverticulose est vraisemblablement secondaire au Cancer. Ce sont des diverticules de « faiblesse », véritables hernies de la muqueuse créées lors des efforts de la paroi colique en amont d'un obstacle à franchir.

Néanmoins, avec Prat et Deloyers, il faut tenir compte de l'action favorisante et préparante que peuvent avoir les remaniements inflammatoires et de défense de la muqueuse sollicitée de façon récidivante par des phénomènes inflammatoires.

Ainsi donc, les grandes statistiques montrent qu'il n'y a aucun lien entre la Sigmoïdite et le Cancer, leur grande

fréquence réciproque suffit à expliquer leur association éventuelle. Et il faut avec Devaux penser que le problème n'est pas de dire si une Sigmoïdite fera un Cancer et ceci a de l'importance, vu la tendance au traitement conservateur, mais de dépister une coexistence possible qui entraînera une colectomie large.

Pemberton, sur 389 cas, estime que dans 25 % de ces cas, il était impossible cliniquement d'être assuré qu'il ne s'agissait pas d'un Cancer ou qu'il n'existait pas de Cancer associé.

Cependant, avant de terminer, nous allons considérer quelques cas qui laissent à réfléchir :

— Maille et Ballin pensent que le Cancer naît dans le fond du récessus diverticulaire.

— Prat et Paschetta rapportent 3 cas où le Cancer apparaît sur le diverticule qui dégénère directement.

— Griffin, de même que Wilson, ont des cas eux aussi où le diverticule dégénéra.

Enfin le Professeur Carcassonne a une très belle observation que nous rapportons (obs. 27) où le cancer apparaît secondairement, sur la cicatrice de résection d'un diverticule.

Donc, ces cas nous obligent à montrer quelques réserves à l'opinion générale. Il n'y a pas une simple coïncidence : le diverticule peut dégénérer.

Il semble que la Diverticulite a une plus grande tendance à se cancériser que la Sigmoïdite pure. En fait, on peut avec Swynghedaw définir 4 relations possibles entre la Diverticulose et le cancer :

Il peut s'agir :

1) d'une Diverticulose pseudo-néoplasique à forme hypertrophique ;
2) d'une Diverticulose pseudo-néoplasique à forme sténosante ;
3) de la dégénérescence d'un diverticule en tumeur (obs. n° 27) ;
4) association d'une Diverticulose et d'une tumeur.

Voyons maintenant les modifications cliniques apportées à la Sigmoïdite par la survenue d'un Cancer.

Les signes des 2 affections sont voisins, mais :

— Au cours d'un syndrome d'entérocolite, l'apparition d'accidents hémorragiques à type de méléna doit être considérée comme très suspecte : Ranson, sur 9 Sigmoïdites à forme hémorragique, trouve 7 Cancers associés ; Devaux en cite 6 cas ; Morton pense que toute Diverticulite qui saigne doit être soumise à des examens minutieux.

Nous avons déjà considéré ce problème lors de l'étude des formes hémorragiques.

— Le Cancer est sténosant à ce niveau, aussi la répétition de crises coliques de sub-occlusion lors des Sigmoïdites doit faire suspecter une sténose d'origine néoplasique.

— La diminution importante et rapide de l'état général, des poussées infectieuses torpides font penser à l'association.

— De même, lorsqu'au palper abdominal la tumeur perçue ne diminue pas malgré un traitement médical bien conduit.

— En résumé, lorsque chez un malade atteint de Sigmoïdite, les crises se succèdent et se soudent, lorsqu'il maigrit et surtout lorsqu'il saigne, il faut une exploration chirurgicale et dans ce cas la technique opératoire doit être aussi radicale que lors d'un Cancer, car il ne faut guère compter sur la radiologie, sauf si celle-ci donne des signes nets, tels qu'une lacune constante ; même l'aspect macroscopique lors de l'intervention ; souvent même à l'ouverture de la pièce opératoire, le doute persiste et ce n'est que par l'histologie qu'on tranche en définitive.

Tous ces signes précités, pris isolément, n'ont aucune valeur péjorative, mais ce qui est capital, c'est leur association qui est rarement trompeuse. Nous verrons plus loin, lors du diagnostic différentiel, plus en détail les différences cliniques entre les 2 affections.

Le problème de Sigmoïdite et Cancer est très délicat, comme nous venons de le voir. Un mot pour conclure, c'est que la Sigmoïdite n'exclut pas le Cancer.

Nous venons de voir les aspects cliniques des Sigmoïdites. Etudions maintenant leur diagnostic.

LE DIAGNOSTIC

Il est positif et différentiel.

I. - DIAGNOSTIC POSITIF

Les moyens de diagnostic mis à notre disposition sont :

— la radiographie,
— la rectosigmoïdoscopie avec biopsie,
— l'examen coprologique.

a) La radiographie

C'est le moyen de diagnostic le plus simple, le plus usité, qui est souvent fidèle. Il affirme la présence de diverticules, très souvent. Il précise l'atteinte inflammatoire des parois du sigmoïde et son étendue. Enfin, il fait quelquefois déceler un Cancer associé.

Aussi cet examen doit-il être bien exécuté et pour cela obéir à une technique rigoureuse que nous allons étudier, puis nous verrons les résultats que l'on peut obtenir et enfin quel est le diagnostic différentiel radiographique.

1) LA TECHNIQUE

Elle a été bien précisée dans la Monographie de Prat et Paschetta ainsi que dans la thèse de Devaux.

Préparation du malade.

Deux jours avant l'examen, il faut prescrire un régime léger, sans féculents.

La veille, un lavement évacuateur ainsi que des laxatifs légers (une à deux cuillerées à café, le soir, de poudre de Réglisse ou d'Huile de Ricin).

Position du malade.

Le plus souvent en décubitus dorsal ou en oblique, mais Paschetta insiste sur la position en décubitus ventral, car le canal anorectal étant oblique en haut et en avant, la canule est alors dans l'axe de ce canal, la bouillie barytée y tombe norma-

lement et pénètre aussitôt, alors qu'en décubitus dorsal la canule bute contre la face postérieure du rectum.

Administration du lavement.

— Il faut d'abord choisir la canule. N'importe quelle canule rigide, même un thermomètre, est traumatisante si on agit brusquement (E. Pouliquen).

Il faut employer des sondes en caoutchouc assez molles. La sonde à ballon est un bon instrument, mais la sonde ne doit pas trop dépasser le ballonnet ; dans ce cas, il faut la couper. Le ballonnet doit être gonflé avec de l'eau. Ne pas gonfler avec de l'air qui peut faire exploser le ballon.

La sonde à ballon donne une bonne obturation, mais elle ne doit pas être trop rigide et il faut auparavant essayer la solidité du ballonnet.

Les canules en métal sont plus nocives. Celle de Murphy n'est pas obturatrice ; celle de Pouliquen est utile et surtout, elle possède un arrêtoir.

Enfin, on se sert souvent de la canule en verre à bout ouvert. (Porcher proscrit toute canule obturante.)

— Quelle bouillie injecter ?

Soit la bouillie faite de Sulfate de Baryum : 450 g ; Eau : q.s.p. 1 litre et demi.

Soit, si l'on veut une meilleure imprégnation muqueuse, Sulfate de Baryum : 300 g et Eau : q.s.p. 600 cm^3.

Naudin recommande d'utiliser une bouillie très dense, deux fois plus concentrée, en y ajoutant 8 grammes de Tannin par litre pour augmenter la motricité intestinale, en évitant surtout d'utiliser la Prostigmine et la Post-Hypophyse.

De toute façon, la bouillie doit être tiède.

Eviter l'excès de pression.

L'administration du lavement doit être lente, constante, attentive et sans excès de pression. Le bock doit être élevé à 50 ou 60 centimètres au-dessus de la table. Il ne faut jamais élever la pression au-dessus de 0,80 m (Porcher).

Savoir attendre et diminuer à 20 ou 30 centimètres, dès que le malade éprouve une douleur, et ne remonter le bock qu'après la fin de la « colique ».

Prise des clichés.

Il faut suivre la progression du lavement sous scopie, puis prendre plusieurs clichés, sous différentes incidences et après injection de modificateurs de la motricité intestinale.

En scopie :

La bouillie s'arrête à la jonction recto-sigmoïdienne, puis remonte, il faut la suivre jusqu'à la moitié du côlon transverse. Il n'est pas nécessaire d'atteindre le cæcum.

Si on note un arrêt dans ce cheminement, il faut prendre un cliché.

En graphie :

a) Faire plusieurs clichés, au minimum trois :

— le premier pendant la progression du lavement et après arrêt :

— le second, après évacuation. Le malade restitue la baryte. Il est utile de le faire lever, marcher, puis se recoucher sur la table de radiographie, on a ainsi de meilleures images.

— le troisième, après insufflation d'air à l'aide d'une poire à thermocautère. On étudie ainsi les contours coliques et leur degré d'extensibilité.

Cette insufflation doit être douce.

Elle est à proscrire en période de poussée inflammatoire.

b) Varier les incidences. L'oblique antérieure droite montre le déroulement. Un profil droit ou gauche détache la jonction recto-sigmoïdienne. A ce moment, regarder les clichés et faire des clichés spéciaux, si on le juge nécessaire.

- Le rayon oblique utilisé par Le Canuet est intéressant pour voir la fin du sigmoïde et la charnière recto-sigmoïdienne.

— La position en procubitus, dans laquelle la pression abdominale fait étaler l'intestin.

— Distension de la vessie, non pas par l'air ou l'eau, mais il suffit que le malade n'ait pas uriné depuis 12 heures. La vessie soulève alors le côlon pelvien.

— Position à bassin ouvert de Chassard et Lapine que l'on utilise pour la pelvimétrie.

- S'il y a lieu, au cours du même examen, ou ultérieurement, il sera utile de faire des radiographies en série après modificateurs du comportement : la Prostigmine et la Post-hypophyse sont à éviter.

On utilise l'Atropine et surtout les Antispasmodiques tels que le Buscopan, qui donnent des résultats intéressants, en supprimant les spasmes et en rendant plus visibles sur les clichés les diverticules et permettent parfois de faire la différence entre les lésions inflammatoires et le Cancer du côlon (Fallis et Marshall utilisent le Chlorhydrate d'Etamon). Certes le Buscopan est un excellent adjuvant à la technique radiologique ; toutefois, lui conférer une valeur diagnostique pathognomonique pour distinguer les images inflammatoires des images néoplasiques serait commettre une imprudence grave. Nous avons de nombreux cas où malgré l'injection de Buscopan, on n'a pu vaincre le spasme (radio n° 27, par exemple).

- Il est utile parfois, lorsqu'on palpe une tumeur de la fosse iliaque gauche, de pratiquer des radiographies après cerclage de celle-ci.

— Enfin, il ne faut pas oublier aussi l'étude du côlon après colostomie par deux voies : basse, naturelle, mais surtout par l'orifice distal de l'anus contre nature.

Telle est la technique de la radiographie ; répétons encore, avant de voir ses résultats, qu'à tout moment il faut être très prudent, en évitant le traumatisme par la canule et l'excès de pression.

2) LES RESULTATS

Nous allons étudier successivement les résultats de la radioscopie, puis ceux de la radiographie.

a) La radioscopie.

— Elle peut montrer un arrêt plus ou moins net dans la progression du lavement opaque et ce, pendant un temps plus ou moins long.

— D'autre part, elle permet d'étudier le mode de remplissage de la zone suspecte, soit très lentement, soit passant par un défilé tortueux et irrégulier.

— Quelquefois, la baryte « saute » la zone malade qui reste claire, non injectée, entre deux segments en amont et en aval bien imprégnés. C'est le signe de Stierling que l'on retrouve en graphie.

— Enfin, en scopie, on peut palper la zone suspecte pour apprécier la mobilité du sigmoïde et ceci a une très grande valeur.

b) La radiographie.

Elle donne des signes indirects et des signes directs de Sigmoïdite.

1) *Les signes indirects :* ce sont LES DIVERTICULES.

Ils furent découverts radiologiquement par De Quervain en 1913 et se manifestent comme des images d'addition.

Ils donnent des images différentes selon qu'ils se projettent de profil ou bien de face.

a) *De profil :*

Si leur pédicule n'est pas visible, ils donnent des images en boule ou en bille, qui semblent libres, isolées des bords du côlon. Parfois, aspect en cupule irrégulière et dentelée, lorsque le fond du diverticule n'est pas injecté.

Si leur pédicule est étroit, on trouve les classiques images en ballonnet, en clou de charpentier, en champignon, en épingle à grosse tête.

Si leur pédicule est large, il faut considérer 3 aspects : si le pédicule est aussi large que le sommet, le diverticule prend l'aspect d'un prolongement cylindrique, c'est le diverticule en éperon ou en cap. Si le pédicule est plus large que le sommet, il se présente comme un triangle, c'est-à-dire images en corne. Parfois, seul le pédicule est injecté, donnant l'aspect

en flammèche ou en spicule. Si le pédicule est plus étroit que le sommet du diverticule, on trouve des images en baguette de tambour, en enclume, en trident, parfois, et en chou-fleur.
— Leur volume est variable. Il existe de petits diverticules difficiles à reconnaître ; de moyens, de la grosseur d'un petit pois ; enfin, de gros diverticules, tels des cerises.
— Leurs bords sont nets et réguliers, en dehors de toute inflammation.
— Leur teinte est variable, soit irrégulière, soit uniformément opaque. Quelquefois même le diverticule peut être entièrement clair, entouré par un liséré opaque.

b) *De face :*

Il se projette dans la lumière intestinale, alors que le côlon est rempli de baryte. On peut le mettre en évidence par des clichés de profil ou en position oblique. Il peut donner une image de Niche.

Il peut être invisible ou au contraire, s'il est plus opaque, avoir une teinte grise.

C'est alors qu'une radiographie après évacuation ou insufflation fait apparaître le diverticule qui reste opaque et se projette sur la portion alors claire du côlon. Plus rarement, il apparaît alors en clair sur le côlon évacué.

De toute façon, au cours du même examen, les images de diverticules sont constantes sur toutes les radiographies faites dans la même position. Par contre, lors d'examens radiographiques différents, les diverticules peuvent apparaître ou disparaître.

Nous en avons vu l'explication dans l'anatomie pathologique en étudiant le rôle du spasme et de l'œdème muqueux au niveau du pédicule. Aussi faut-il multiplier les clichés et ne pas se contenter d'un seul examen.

Dans nos observations, nous trouvons :

1) Des cas où les diverticules apparaissent :
— observation 2 : radio n° 6 par rapport aux radios n^{os} 4 et 5 ;
— observation 52 : la radiographie n° 40 ne montre pas de diverticules ; la radio n° 41 montre qu'ils commencent à apparaître et la radio n° 42 montre des phénomènes diverticulaires importants.

2) Des cas où les diverticules disparaissent.
— observation 4 : sur les radios n^{os} 9, puis 10 ;
— observation 5 : radios n^{os} 3 et 4.

3) Enfin, l'observation 50 est intéressante, car sur les radios n^{os} 32 et 33, il n'y a pas de diverticules. Sur la radiographie n° 34, ils apparaissent ; enfin sur la radiographie n° 35, ils disparaissent.

Schéma n° 1
« Irrégularité des bords »

Schéma n° 3
« Non injection »

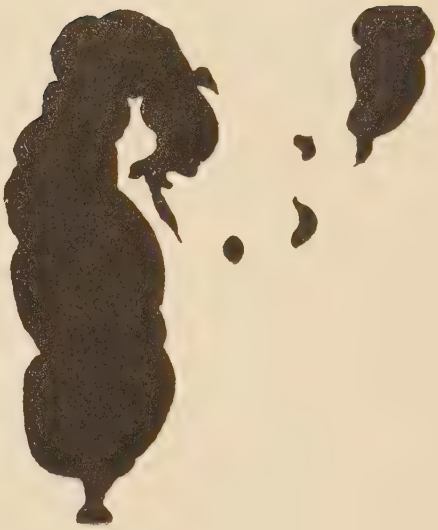


Schéma n° 2
« Défilé »

Schéma n° 4
« Images évoluées »

L'aspect des diverticules se modifie ; lorsqu'ils sont enflammés, leurs contours deviennent irréguliers et l'on trouve des aspects en flammèche, en bavure, en taches déchiquetées et anarchiques.

Tels sont les signes indirects à la radiographie, c'est-à-dire les diverticules, mais les Sigmoïdites ont leur traduction spécifique que nous allons considérer maintenant en voyant :

2) *Les signes directs.*

Lorsqu'on trouve des diverticules sur une radiographie, ils ne permettent pas de conclure à une Sigmoïdite, ils doivent pour cela siéger dans une zone de colite, c'est-à-dire une zone d'aspect spastique où il existe un arrêt par spasme réactionnel, intermittent, étendu, siégeant toujours au même endroit. De toute façon, les contours du côlon sont chiffonnés.

On peut classer les images que l'on observe en 5 groupes :

GROUPE I

Images d'irrégularités des bords

(Schéma n° 1)

L'image typique de colite se traduit par de nombreux plis aigus et élevés, formant une image en accordéon ou en pile d'assiettes, en dents de scie, en vis de bois, ou en éléments de radiateur. Nous avons décrit avec G. Lavaurs et M. Carcassonne l'image en « feuille de fougère ».

De même, on trouve de gros plis muqueux, conséquence de l'œdème. Mais si l'on retrace le bord présumé du côlon, on voit que les saillies restent situées à l'intérieur de la lumière colique. Ces saillies correspondent à d'autres saillies sur le bord opposé du côlon.

Dans nos observations, nous trouvons comme images du groupe I les radiographies n^{os} 9, 18, 23, 25, 34, 35, 42 et 44.

GROUPE II

Images de défilé

(Schéma n° 2)

On trouve une zone rétrécie entre deux segments normaux, pouvant aller jusqu'à un aspect moniliforme. Ce défilé, fait important pour le diagnostic avec le Cancer, est long, mais sa valeur diagnostique est loin d'être absolue.

Nous en trouvons des aspects nets sur les radiographies n^{os} 1, 2, 3, 6, 15, 16, 21 et 40.

GROUPE III

Images de non injection

(Schéma n° 3)

Soit qu'il existe une plage claire, non injectée sur toute la région malade, alors qu'en amont et en aval, le côlon est injecté normalement. C'est le signe de Stierling, mais ceci n'a de valeur qu'en dehors de la jonction sigmoïde-descendant où une clarté existe à l'état normal.

Soit qu'on trouve des anomalies de réplétion, la zone malade prenant alors un aspect nuageux contrastant avec les zones sus et sous-jacentes.

Nous avons pour illustrer ce groupe, les radiographies n°s 7, 10, 11, 19, 20, 29 et 40.

GROUPE IV

Images évoluées

(Schéma n° 4)

Lorsque les signes sont évolués, on peut constater que la baryte peut « sauter » la zone pathologique sans l'imprégner.

— Ou bien alors, on peut voir une sténose inflammatoire avec aspect « en entonnoir », comme sur les radiographies n°s 1, 5, 38 et 39.

— Enfin, il peut exister des ulcérations de la muqueuse donnant au côlon l'aspect en « dents de scie » ou « en créneaux ». Au maximum, on peut visualiser une fistule colique plus ou moins bouchée comme dans l'observation 52 où les radiographies (n°s 40, 41 et 42) montrent une telle image.

GROUPE V

Images mixtes

C'est l'association des quatre groupes précédents pouvant donner, comme on le vérifie dans nos observations :

— Association des groupes I et II : radios n°s 26 et 45.
— Groupes I et III : radios n°s 12, 22 et 30.
— Groupes II et III : radios n°s 27, 41 et 47.
— Association des 4 groupes : radios n°s 40, 41, 42 et 45.

De toute façon, les radiographies en couche mince, après évacuation ou insufflation, ont une grande valeur, car elles permettent de s'assurer de la persistance du liséré muqueux de sécurité de Maingot.

Enfin, il faut noter que les images de Sigmoïdite n'ont pas de limites nettes. Elles se dégradent et s'estompent progressivement en « léchant » l'intestin auquel elles se raccordent par une zone encore floue et imprécise.

Tels sont les résultats de la radiographie ; voyons quel est le diagnostic différentiel radiologique.

3) LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL RADIOLOGIQUE

En dehors du diagnostic entre Sigmoïdite et Cancer que nous considérerons plus loin, il y a d'autres diagnostics à faire.

a) Dans les Sigmoïdites diverticulaires.

Certaines taches peuvent faire penser à tort à des diverticules. Il faut éliminer :

Des taches non barytées.

Boules de Lipiodol intra-fessières ou après hystérographie, des restes de Bismuth intra-coliques, des fécalithes, des calculs mésentériques, rénaux ou du bassinet et de la vessie ; enfin des artéfacts vestimentaires, tels des boutons métalliques.

Des taches barytées.

Il y a de fausses images d'addition : des scybales, mais ils changent d'une radiographie à l'autre ; des coudures donnant des superpositions à limites arrondies.

Il y a de vraies images d'addition : une périviscérite calcifiée, par exemple, des abcès diverticulaires para-coliques, enfin des Cancers donnant des images lacunaires se développant en dehors du côlon avec aspect pseudo-diverticulaire en flammèche, mais les diverticules sont plus réguliers.

Si les diverticules sont minuscules, on peut ne pas les voir et conclure à une simple colite.

b) Dans les Sigmoïdites non diverticulaires.

Le diagnostic se discute avec :
— La Sigmoïdite phlegmonneuse ou abcédée autour d'un corps étranger.
— Les colites segmentaires régionales à localisation sigmoïdienne.
— Enfin, l'ulcère calleux du sigmoïde.

c) Dans les Péri-Sigmoïdites.

Les images en « pile d'assiettes » ou les ergots sont identiques, mais la lésion est différente, elle fait le tour anatomiquement du sigmoïde et peut être différenciée par les incidences obliques.

Ainsi donc, nous venons d'étudier la radiographie, voyons maintenant un autre moyen de diagnostic, beaucoup moins fidèle celui-là : la recto-sigmoïdoscopie.

b) La Recto-Sigmoïdoscopie

Elle doit être prudente ; elle est à éviter en période aiguë ; elle est souvent impraticable.

1) SA METHODE

Il faut introduire le tube très prudemment en vérifiant au passage l'intégrité de l'ampoule rectale. Il doit être monté le plus haut possible, sans jamais forcer. On le fait pénétrer jusqu'à 20 centimètres. On insuffle de l'air par petites quantités et progressivement. Dès lors, on peut examiner la muqueuse colique, puis pratiquer un prélèvement si nécessaire. Signalons que certains auteurs comme Lloyds-Davies pratiquent la sigmoïdoscopie per-opératoire à travers l'anse sigmoïdienne libérée. Il a pu dans deux cas déceler ainsi un cancer surajouté.

2) LES RESULTATS

Elle permet d'examiner les lésions de la muqueuse, de localiser les lésions au sigmoïde et d'éliminer les rectocolites ascendantes. Enfin elle permet aussi de pratiquer la biopsie, si on la juge utile.

Comment se présente la muqueuse sigmoïdienne ?

a) *Dans les Sigmoïdites aiguës :* on objective des phénomènes congestifs ; la muqueuse est rouge, épaissie, chagrinée et œdémateuse ; on peut voir des ulcérations recouvertes de glaires purulentes et de dépôts pultacés ; enfin, on note souvent des hémorragies locales.

b) *Dans les Sigmoïdites chroniques :* la muqueuse est blanchâtre, plissée et parfois œdémateuse et hémorragique. La lumière intestinale est rétrécie avec épaississement des plis.

Bacon et Mc Kay insistent sur la fixité du segment intéressé, sur l'angulation fréquente de l'intestin, s'opposant à la progression de l'instrument (Bensaude, pourtant, affirme que celui-ci pénètre mieux lors des Sigmoïdites que lorsqu'il s'agit d'un Cancer).

De toute façon, cet examen permet dans les cas heureux de visualiser les orifices des diverticules, mais cette recherche est très difficile, malgré les affirmations de Jackmann et Brue.

Les diverticules siègent très rarement à la partie la plus basse du sigmoïde et les sigmoïdoscopies les plus hautes ne dépassent guère que de quelques centimètres le fond du

Douglas ; d'autre part, le spasme colique empêche souvent de remonter assez haut.

Il faut surtout insister sur les dangers de cette sigmoïdoscopie. Elle est à proscrire dans les inflammations aiguës. L'extrémité du tube, même maniée prudemment, est plus traumatisante qu'un lavement baryté.

Les dangers de perforation sont grands.

Prat en rapporte. Champeau en cite 24 cas ; Hermann, un cas guéri ; Haas en retrouve 130 cas signalés et insiste sur le fait qu'il y en a d'autres qui sont tues ou qui guérissent seules ; Lévy, d'autre part, signale des explosions survenant au cours de l'utilisation du bistouri électrique dans le sigmoïde. Il conseille le recours à un sigmoïdoscope équipé avec un aspirateur et insufflateur de gaz carbonique pour prévenir l'issue de gaz en provenance de l'intestin supérieur. Arnous a présenté un sigmoïdoscope permettant d'insuffler du gaz carbonique pour pouvoir utiliser sans danger l'électro-coagulation. Becker recommande d'appuyer constamment le sigmoïdoscope contre la muqueuse qui entoure la lésion. Les autres méthodes préventives de ces explosions, telles que le lavement préalable, l'aspiration continue, ne sont pas suffisantes ; au contraire, le lavement peut augmenter le péristaltisme et provoquer une issue massive de gaz, facteur d'explosion.

Pour en terminer, signalons que cette sigmoïdoscopie permet parfois de pratiquer une biopsie, mais celle-ci est elle-même infidèle et peut ramener des tissus inflammatoires, alors qu'elle n'a pu porter sur un Cancer infecté situé plus haut.

Devaux, dans les Sigmoïdites aiguës, sur 14 cas n'a que 5 sigmoïdoscopies positives. Un seul cas révèle un Cancer, alors que dans 7 autres cas de Cancers associés, elle reste négative.

Lepère a eu 5 sigmoïdoscopies positives sur 23 Sigmoïdites diverticulaires.

Cette biopsie est elle-même dangereuse et peut provoquer une perforation. Il ne faut la faire que là où la muqueuse est saillante.

En conclusion, la sigmoïdoscopie est un examen dangereux et infidèle, car même négative, elle n'élimine pas un Cancer. L'examen radiographique lui est nettement supérieur.

Voyons, avant de terminer ce chapitre de diagnostic, un dernier examen mis à notre disposition : l'examen coprologique.

c) L'examen coprologique

Il est le plus souvent négatif, il révèle la présence de sang, de mucus et d'albumines solubles (car les diverticules enflammés sont souvent ulcérés, laissant transuder du plasma sanguin).

Il peut montrer aussi une parasitose surajoutée. La présence de ces parasites ne permet pas d'écarter le diagnostic de

Sigmoïdite, surtout s'il s'agit de parasites dont le rôle pathogène n'est pas évident ; de même la découverte d'une parasitose certaine dans ses effets pathogènes ne permet pas de conclure.

(En cas d'amibiase, par exemple, on sait que celle-ci est fréquente en France, sous forme de colite chronique, elle est très rarement génératrice de Sigmoïdite.)

La coprologie, enfin, ne permet pas de distinguer un Cancer d'une Sigmoïdite chronique, puisque dans les deux cas, on peut trouver du sang et des albumines solubles.

Il serait intéressant de multiplier les examens coprologiques dans les suites du traitement conservateur par les antibiotiques (Néomycine, en particulier) qui permettraient de vérifier la stérilisation des germes, son importance, sa rapidité d'apparition et sa persistance, comme nous le verrons plus loin.

Tel est le diagnostic positif, basé essentiellement sur la radiographie. Voyons maintenant le diagnostic différentiel.

II. - DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel est en fait celui du Cancer. Sans radiographies, on peut discuter de très nombreux diagnostics comme l'ont remarquablement bien fait Prat et Paschetta, mais il existe des signes radiologiques qui permettent de faire le diagnostic de Sigmoïdite et évitent la discussion.

Pour étudier le diagnostic différentiel, nous nous placerons sur un plan pratique et nous le verrons successivement dans les Sigmoïdites aiguës, dans les formes chroniques et dans les formes compliquées. Nous terminerons par le diagnostic avec le Cancer.

1° Dans les Sigmoïdites aiguës

Ce n'est pas faire ici un diagnostic différentiel, car on arrive assez facilement au diagnostic de Sigmoïdite. Il faut, en fait, faire le diagnostic étiologique de cette affection, c'est-à-dire rechercher les diverticules par la radiographie.

Une colique néphrétique gauche ou un phlegmon périnéphrétique gauche ne retiennent pas longtemps. Par contre, deux diagnostics sont à discuter :

— Une affection génitale chez la femme : un phlegmon du ligament large dans sa variété supérieure, une pelvi-péritonite ou un pyosalpynx. Si le toucher vaginal ne permet pas de l'affirmer, l'intervention corrigera l'erreur.

Mais assez fréquemment le diagnostic peut être celui d'une *torsion d'un kyste de l'ovaire gauche* alors qu'il s'agit en fait d'une Sigmoïdite. C'est le cas des observations 48 et 58. L'intervention s'impose et l'on constate, à ventre ouvert, que la lésion n'est pas ovarienne mais sigmoïdienne.

— Lorsque les signes se localisent à droite, il faudra éliminer une *appendicite*. Parfois, c'est avec ce diagnostic qu'on intervient par une incision de Mac Burney, comme dans nos observations 13 et 28. Il suffit, devant un appendice sain, de penser à vérifier le sigmoïde.

2° Dans les Sigmoïdites chroniques

Dans les formes simples, non compliquées, le diagnostic évoluera en deux phases.

A) IL S'AGIT D'UNE AFFECTION SIGMOIDIENNE ET NON D'UN ORGANE DE VOISINAGE

— Ce sont les affections génitales chez la femme qui peuvent prêter à confusion, là aussi, comme nous venons de le voir dans les formes aiguës ; d'autre part, les Sigmoïdites peuvent prendre l'aspect d'une affection salpyngo-ovarienne, en adhérant aux annexes et à l'utérus. On trouve de véritables formes génitales de la Sigmoïdite.

— Les atteintes génitales chez la femme peuvent de leur côté atteindre le sigmoïde, comme l'ont montré Kuss dans sa thèse en 1909 (maladie de Kuss) et Burlaton en 1919. On constate alors des Péri-Sigmoïdites d'origine extra-intestinale, secondaires à des lésions inflammatoires utéro-annexielles et guérissant après hystérectomie. Le diagnostic est souvent opératoire.

B) IL S'AGIT D'UNE SIGMOIDITE CHIRURGICALE ET NON D'UNE SIGMOIDITE MEDICALE OU SPECIFIQUE

— Les colites spécifiques : amibiennes surtout. Le parasite n'est pas toujours mis en évidence. L'amibiase peut donner une tumeur intestinale, mais on trouve une plus grande diffusion des lésions et il existe une notion de contage mais celle-ci n'est pas toujours retrouvée.

Le Professeur Serafino, à l'Hôpital Le Dentec de Dakar, a vu beaucoup d'Amibiases. Il nous a donné son avis, en pensant qu'il s'agit presque uniquement de colites diffuses (nécessitant parfois des colectomies totales) ; mais il n'a jamais vu de Sigmoïdite amibienne à l'état isolé.

— La localisation au niveau du sigmoïde d'une Tuberculose intestinale, d'une Syphilis ou d'une maladie de Nicolas-Favre est exceptionnelle. Nous ne faisons que la citer.

— Certaines colites par carence : maladie de Biermer, Sprue, Pellagre, Avitaminose A, de même que les colites dues aux protozoaires (Lamblias). Ce diagnostic est très difficile.

— La recto-colite ulcéreuse ou hémorragique. Le diagnostic

est parfois difficile, car elle se localise à l'intestin terminal dans ses formes segmentaires. Elle peut donner une tumeur inflammatoire et des rétrécissements intestinaux, mais l'envahissement rectal est presque de règle. C'est la rectoscopie qui permet de confirmer le plus souvent ce diagnostic. A la radiographie, on note une microrectie, une microcolie et une altération de la bordure de sécurité.

3° Dans les Sigmoïdites compliquées

Nous verrons successivement les péritonites, les abcès, les fistules, les hémorragies et les occlusions.

a) LES PERITONITES

Le diagnostic n'est fait que rarement. On pense à une péritonite basse et l'on intervient. Donc, le diagnostic différentiel ne se pose pas. Il faut cependant savoir que les perforations sigmoïdiennes viennent au 5e rang des perforations abdominales, après celles des ulcères gastro-duodénaux, les perforations appendiculaires, les ruptures d'un pyo-salpynx et les perforations biliaires.

Lors de l'intervention, lorsqu'on a découvert l'origine sigmoïdienne, il faut rattacher la perforation à sa cause : tuberculose ou ulcère simple du côlon qui sont rares ; Sigmoïdite ou Cancer (observation de Masse d'une perforation diastatique en amont d'une sténose cancéreuse). Enfin, penser aussi aux perforations spontanées du sigmoïde (Henderson).

Cependant, un diagnostic est à discuter, en cas de Sigmoïdite gangréneuse perforée, devant le tableau septicémique, c'est celui d'une septicémie, d'autant plus que ces malades font des formes asthéniques avec des signes péritonéaux estompés.

Donc les perforations sigmoïdiennes sont une découverte d'intervention faite avec le diagnostic de péritonite basse.

b) LES ABCES

Il ne faut pas discuter les nombreux diagnostics comme l'ont remarquablement bien fait Prat et Paschetta, mais se placer sur le plan pratique. En effet, que l'on pense à un abcès péri-néoplasique, à une suppuration annexielle ou à une appendicite méso-cœliaque, l'intervention aura montré le pus et après drainage de celui-ci, on pratiquera un lavement baryté systématiquement.

Il existe toujours des signes radiologiques qui permettront de conclure à l'origine sigmoïdienne.

c) LES FISTULES

Là aussi, c'est le lavement baryté qui permettra le diagnostic. On éliminera la tuberculose par l'examen des urines et la cystoscopie.

Le seul point délicat est de différencier les fistules néoplasiques et les fistules inflammatoires. Ces dernières sont les plus fréquentes et ont pour elles la longueur de leur évolution. Elles siègent en haut sur la vessie, loin du Trigone, alors que les fistules cancéreuses siègent en bas, dans la région trigonale, mais ceci n'est qu'un argument de fréquence.

d) LES HEMORRAGIES

Elles posent des problèmes diagnostiques très difficiles à résoudre.

— Le premier diagnostic à évoquer est celui d'un Cancer du sigmoïde, seul ou associé à une Sigmoïdite. Nous verrons plus loin les arguments en faveur de l'une ou l'autre de ces affections ; néanmoins, disons déjà que si le lavement baryté montre des diverticules, il est difficile d'affirmer que ceux-ci sont la cause exclusive des hémorragies et qu'il faut soupçonner de toute façon un Cancer associé jusqu'à ce que l'on obtienne la certitude qu'il n'existe pas. La recto-sigmoïdoscopie est de peu de secours, elle montre simplement l'absence de lésion basse visible. Il faut un lavement baryté et souvent, le refaire quelques jours après pour découvrir ou éliminer une image lacunaire.

— Le fait de constater que le sang est d'origine basse n'assure pas le diagnostic. Certes, ceci permet d'éliminer un ulcère gastro-duodénal, une hémorragie d'origine hépatique ou par hypertension portale, ainsi qu'un diverticule de Meckel ; l'infarctus mésentérique est plus aisément écarté. Ces hémorragies basses peuvent provenir d'un Cancer recto-sigmoïdien, d'hémorroïdes (vérification par recto et anuscopie), mais notre Maître le Professeur Carcassonne insiste sur le fait que les hémorroïdes sont très fréquentes en cas de Sigmoïdite, aussi leur découverte n'élimine pas à coup sûr une Sigmoïdite, il faut y penser et la rechercher.

— Lors d'hémorragies massives mettant en péril la vie du malade, la laparotomie peut s'imposer en urgence et le diagnostic se fera à ventre ouvert ou après lavement baryté en pleine hémorragie et en milieu chirurgical.

e) LES OCCLUSIONS

— Dans les Sigmoïdites aiguës, on ne pense jamais à la Sigmoïdite, à moins que cette affection ait été diagnostiquée

auparavant. Les occlusions du grêle font évoquer avant l'intervention toutes les causes possibles de ce syndrome. Dans les occlusions coliques, la Sigmoïdite ne peut être évoquée.

Dans les Sigmoïdites chroniques. En fait, c'est le diagnostic de Cancer qui est fait. Cependant il y a des formes qui présentent un doute, ce sont les formes pseudo-néoplasiques, sténosantes ou tumorales.

De toute façon, si l'on hésite, il faut en premier lieu faire une colostomie qui permettra de préciser le diagnostic, d'améliorer, souvent même de guérir la Sigmoïdite et de préparer le côlon pour une exérèse secondaire en cas de néoplasie.

En dehors du Cancer, l'amœbome ne nous retiendra pas, mais il faut faire une place particulière à l'Endométriose sigmoïdienne qui peut prendre un aspect occlusif ou hémorragique, ou pseudo-néoplasique, comme l'ont bien montré Boles et Hodes. Dans cette forme pseudo-néoplasique, le problème diagnostique est délicat. En général, elle donne une subocclusion progressivement aggravée, apparaissant par crises contemporaines des règles. La radiographie montre une sténose sigmoïdienne avec conservation de la continuité des plis muqueux.

Venons-en maintenant au point le plus important du diagnostic différentiel qui est le diagnostic entre Sigmoïdite et Cancer.

4° Diagnostic entre Sigmoïdite et cancer

C'est le diagnostic le plus difficile à faire. Ces deux affections siègent avec la plus grande fréquence sur le sigmoïde et atteignent des sujets d'âge à peu près identique. Même la radiographie est souvent trompeuse. Il faut attacher de l'importance à certains signes cliniques, mais ceux-ci ne sont pas infaillibles et peuvent induire en erreur.

Colcock et Suss les ont bien décrits en comparant les signes de 50 cas de Cancers sigmoïdiens et 50 cas de Sigmoïdites. Ils concluent d'ailleurs qu'il n'y a, en fait, aucun diagnostic clinique certain.

Deux problèmes distincts sont à considérer :

1° Le diagnostic entre Sigmoïdite et Cancer.

2° Le diagnostic de leur association.

1) DIAGNOSTIC ENTRE SIGMOIDITE ET CANCER

Nous le verrons :

a) Du point de vue clinique ;

b) Du point de vue endoscopique ;

c) Du point de vue radiologique ;

d) Du point de vue opératoire.

a) Du point de vue clinique.

La Sigmoïdite

Dans les antécédents, on trouve une constipation chronique et des crises douloureuses abdominales gauches. Celles-ci sont plus fréquentes dans cette étiologie (74 à 80 % pour Colcock et Suss).

On note de petites poussées fébriles avec nausées et vomissements.

L'état général est mieux conservé et plus longtemps ; les signes occlusifs sont moins marqués. Les hémorragies, d'après Colcock et Suss, sont moins fréquentes, souvent absentes.

La tumeur d'origine inflammatoire est plus dure (à cause de la Péri-Sigmoïdite), plus grosse, plus étendue, plus fixée. Un caractère important, c'est qu'elle subit des variations successives dans le temps ; fait capital aussi, elle diminue et souvent disparaît après colostomie ; elle est plus sensible au palper, parfois même douloureuse. Souvent, elle ne se révèle que par un simple empâtement mal délimitable. Au toucher rectal et au toucher vaginal, on sent haut dans le Douglas une masse moins mobilisable, souvent fixée, plus diffuse, plus sensible qu'un Cancer.

Le Cancer

Il y a peu d'antécédents, en général. La constipation est d'apparition plus récente. On trouve peu de douleurs. Pas d'épisodes fébriles (oui, mais il existe des Cancers infectés). Pas de vomissements, ni de nausées.

Les signes généraux sont plus graves. L'amaigrissement est plus marqué (cependant, il y a des Cancers chez des sujets florissants).

Les signes occlusifs sont plus nets. Les hémorragies sont plus fréquentes (64 % pour Colcock et Suss).

La tumeur cancéreuse est moins dure, plus petite, moins étendue, mobile le plus souvent. Elle ne subit pas de variation, au contraire, elle augmente progressivement et en particulier, elle continue d'augmenter après colostomie (cependant, la tumeur néoplasique peut diminuer immédiatement après la dérivation). Elle n'est pas sensible au palper dans la majorité des cas. Par le toucher rectal et vaginal, on la perçoit, elle est plus mobile, moins diffuse, insensible.

Tous ces signes comparatifs n'ont qu'une valeur très relative, répétons-le.

b) Du point de vue endoscopique.

La Sigmoïdite

montre une muqueuse congestive, œdémateuse, hémorragique, parfois ulcéreuse. La biopsie n'a de valeur que lorsqu'elle est positive.

Le Cancer

montre une ulcération ou des bourgeons pathognomoniques reposant sur une base indurée. La muqueuse est peu congestive. La biopsie a une plus grande valeur.

En fait, l'endoscopie est d'un secours trop faible pour lui conférer une valeur absolue. On ne peut, en fait, la plupart du temps, atteindre la lésion, qui est trop haut située. Et c'est tout-à-fait par hasard que l'on obtient une biopsie positive.

c) Du point de vue radiologique.

Il n'existe pas de signes infaillibles, le diagnostic est, soit facile, soit insoluble.

La Sigmoïdite

donne des signes radiologiques précoces. On trouve des images estompées à type de sténose, mal limitées, sans transition nette avec le côlon sain.

L'image est fixe sous scopie. On note une augmentation des plis de la muqueuse avec persistance du liséré muqueux de sécurité en couche mince.

Un caractère important est l'étendue du rétrécissement qui est assez régulier, en pile d'assiettes, mais cette longueur n'est pas un argument certain. Rudler lui refuse une valeur, il a vu des sténoses néoplasiques de 15 centimètres de long, de même Soupault a trouvé une sténose cancéreuse de 20 centimètres. Nous possédons à l'opposé une observation, par exemple, où la sténose est très courte et serrée à type néoplasique qui, pourtant, était une Sigmoïdite vérifiée histologiquement (radiographie n° 29, observation n° 45).

Ces images sont variables au cours du même examen ; les limites sont floues et diffuses. On note la présence fréquente de diverticules qui orientent le diagnostic.

Enfin, il n'existe pas de lacune.

Le Cancer

Il possède un long mutisme, avant de se manifester. Les images sont nettes à type de sténose courte et serrée, elles sont bien circonscrites, mieux limitées par une interruption brutale et en amont le côlon est dilaté avec ébauche d'invagination au-dessus (image en « culotte de golf »).

La mobilité est conservée. Destruction de la muqueuse avec disparition du liséré de sécurité. Le défilé est plus tortueux et court. L'image est constante, invariable ; elle est localisée et bien circonscrite. On note aussi la présence parfois de diverticules, ce qui minimise leur valeur. Enfin, il existe des images de lacunes d'amputation.

La lecture des clichés reste souvent délicate. Il faut éviter, devant un segment mal injecté, de conclure à un Cancer qui

n'existe pas ; à l'opposé, devant des diverticules, ne pas leur attribuer les troubles alors qu'il existe un Cancer méconnu.

Ainsi donc, le diagnostic différentiel entre Sigmoïdite et Cancer est souvent impossible par les circonstances d'apparition, leurs complications aiguës (péritonites, occlusions) ; leurs signes cliniques ; leurs signes radiologiques et endoscopiques.

On est amené à l'intervention, soit à visée curatrice, sans diagnostic lésionnel précis, soit à visée diagnostique, avec la suspicion de Cancer.

Quels sont les critères opératoires ?

d) Du point de vue opératoire.

A ventre ouvert, on fait le plus souvent le diagnostic, mais même parfois, pièce en main, on est encore hésitant et ce n'est qu'à l'examen de la pièce, s'il y a eu résection, que l'on constate l'état de la muqueuse.

Parfois même, ce n'est que l'histologie qui tranche.

Cette laparotomie est faite le plus souvent avec le diagnostic de Cancer. Schlike et Logan, sur 70 cas de Diverticulose, posèrent 14 fois le diagnostic de cancer. Pemberton, sur 389 cas, établit que dans 25 % des cas, il est impossible cliniquement d'être assuré qu'il ne s'agissait pas d'un cancer ou qu'il n'existait pas un cancer associé. Devaux, dans sa thèse, sur 16 interventions, trouve 10 Sigmoïdites pures et 6 Cancers associés.

Pour nous, sur 48 malades opérés, le diagnostic de départ a été dans 20 cas celui de Cancer, rectifié à ventre ouvert, ou en examinant l'état de la muqueuse, la pièce étant ouverte ou par l'histologie ou l'évolution (obs. n^{os} 11, 12, 21, 22, 25, 27, 30, 34, 35, 36, 37, 39, 44, 45, 46, 50, 51, 54, 58 et 60).

On comprend combien cette laparotomie a d'importance. Sur quoi se base-t-on ?

La Sigmoïdite

La tumeur est allongée et très étendue ; elle forme un gros bloc fixé et adhérent aux organes voisins. C'est cette grosseur de la tumeur qui a fait rectifier le diagnostic dans nos observations 34 et 61. Il n'y a pas de transition avec le côlon sain, elle « lèche » celui-ci. Le méso-sigmoïde est infiltré et fixe, avec de gros ganglions ainsi que des abcès et un magma inflammatoire.

La pièce ouverte, la muqueuse est saine et ceci est capital et de grande valeur.

Le Cancer

La tumeur est dure, irrégulière, mobile. Elle se présente comme une virole limitée, de volume discret. Elle est bien

limitée. Le méso est libre et contient parfois, mais non toujours, de petits ganglions durs.

Enfin, la pièce ouverte montre l'atteinte de la muqueuse qui est pathognomonique.

2) L'ASSOCIATION SIGMOIDITE ET CANCER

Tous ces critères que nous venons d'analyser, même le dernier, sont discutables et le diagnostic devient très difficile en cas d'association des deux affections.

Il est parfois impossible de conclure, malgré les critères donnés par Le François. L'histologie a seule une valeur formelle.

Donc, dans ce délicat problème du diagnostic de l'association sigmoïdo-cancéreuse, il faut conjuguer la clinique, la radiologie et l'intervention, lorsqu'on a un doute, et dans ce cas, *ce qui élimine le Cancer, c'est l'évolution radiologique sous dérivation.*

La persistance de signes radiologiques, tels que zone mal imprégnée, non récupération du liséré de sécurité, deux mois après la dérivation, sous traitement médical, impose le diagnostic d'association et l'exérèse.

Nous terminons ainsi le chapitre du diagnostic des Sigmoïdites. Etudions maintenant le traitement.

TRAITEMENT

C'est la partie la plus importante, celle qui a subi le plus de remaniements et pour laquelle l'accord est loin d'être fait entre les différents auteurs.

Il n'y a pas de traitement standard des Sigmoïdites, mais au contraire, chaque cas doit être considéré de près et possède son traitement particulier.

Grâce aux antibiotiques et à l'anesthésie et réanimation, on peut actuellement être téméraire et pratiquer des colectomies plus fréquentes, ce vers quoi de nombreux auteurs, en particulier aux U.S.A., se sont portés systématiquement, même en cas de complication aiguë. Cependant, nos Maîtres F. et M. Carcassonne insistent à juste titre sur le traitement conservateur qui, bien conduit et surveillé, amène de bons résultats.

Nous envisagerons successivement :

— les méthodes,
— puis les indications,
— enfin les résultats.

I. - MÉTHODES

Elles comprennent des méthodes médicales et des méthodes chirurgicales.

a) Les méthodes médicales

Elles sont très variées et ont été transformées par les antibiotiques. Elles comprennent :

1) DES MESURES DIETETIQUES

Il faut instituer un régime riche en résidus pour assurer la fonction physiologique du côlon ; supprimer les aliments irritants ou donnant des putréfactions. Ce régime doit être pauvre en graisses ; il faut donner 120 à 150 grammes de protides par jour et beaucoup de glucides, en évitant les légumes amylacés et surtout les fruits. La diète doit être prescrite en période aiguë avec reprise progressive de l'alimentation par la suite.

2) LE REPOS ET LA GLACE SUR L'ABDOMEN

lors des poussées aiguës.

3) LES ANTISPASMODIQUES

qui agissent sur les phénomènes occlusifs associés. On peut donner de la Teinture de Belladone ou de l'Atropine intraveineuse, de la Papavérine, mais surtout les antispasmodiques de synthèse tels le Buscopan, la Surparine, la Trassentine.

4) LE BISMUTH

On prescrit du sous-nitrate de Bismuth à fortes doses, 15 à 20 grammes par jour. C'est un traitement d'entretien non négligeable, couplé avec le charbon, mais il est constipant.

5) CONTRE LA CONSTIPATION

Essentiellement, l'Huile de Paraffine et les mucilages. Il faut éviter les traumatismes muqueux, donc pas de lavements ni de purgatifs (le Sulfate de Soude ou de Magnésie est à proscrire), à la rigueur on peut donner de petits lavements d'huile et de Vitamine A.

6) LES ANTI-INFECTIEUX

ont transformé la thérapeutique médicale des Sigmoïdites.

a) Les Sulfamides.

Il faut choisir les Sulfamides à faible résorption intestinale et retenir la Sulfaguanidine, le Sulfathiazol, le Succinylsulfathiazol ou Sulfasuccithiazol. On en donne 6 à 8 grammes par jour, les comprimés étant dosés à 0,50 g.

Ces Sulfamides ont eu leur ère de grande prospérité. Ils ont cédé le pas aux antibiotiques, mais il ne faut pas les abandonner (Roux et Lenoel n'ont-ils pas guéri une péritonite par perforation uniquement par les Sulfamides ?). Leur action est souvent supérieure à la Pénicilline. Ils agissent surtout dans les formes diarrhéiques et servent dans la préparation du côlon à l'opération.

b) Les Antibiotiques.

Ils sont la base du traitement des Sigmoïdites.

La Pénicilline agit sur les germes associés, lors des poussées infectieuses et à doses assez fortes, 2 à 3 millions d'Unités par jour. Elle n'est pas l'Antibiotique de choix dans les Sigmoïdites. Elle demeure l'Antibiotique d'appoint.

La Streptomycine est beaucup plus efficace à dose de 1 gramme à 1 gramme et demi par jour. Elle est active dans le traitement d'urgence des Sigmoïdites, mais surtout dans la préparation du côlon pour une colectomie. Administrée 18 heures avant l'intervention, par voie buccale, comme l'ont montré notre Maître le Professeur CARCASSONNE et le Professeur ROUX.

L'Auréomycine, la *Terramycine* et la *Polymyxine*, le *Chloramphénicol* ont une action spécifique étendue et sont utiles, seuls ou associés aux autres Antibiotiques. On en donne 1,50 g à 2 grammes par jour.

La Néomycine Diamant. C'est à notre avis le meilleur antibiotique dans les Sigmoïdites ; nous constatons qu'elle tient une place très importante dans nos observations car sur 64 cas, elle a été utilisée dans 11 cas traités médicalement (obs. 2, 3, 6, 9, 10, 16, 18, 19, 33, 56, 57) et dans 16 cas où elle fut associée au traitement chirurgical (obs. 4, 7, 12, 14, 34, 47, 48, 50, 51, 52, 55, 58, 59, 60, 61, 63).

C'est un Antibiotique d'origine fungique isolé des cultures de *Streptomyces fradiæ*. Elle a été découverte par WAKSMAN et LECHEVALIER en 1949 aux U.S.A.).

— Son mode d'administration : elle est utilisée par voie buccale, à la dose de 1,50 g à 3 grammes par jour. Nous ne donnons en général pas de grosses doses et avons adopté la dose de 1,50 g. Les comprimés étant dosés à 0,25 g.

Il ne faut pas l'utiliser localement par voie intra-péritonéale chez les sujets sous anesthésie ou sous curarisants, en raison d'incidents graves éventuels, en rapport avec l'action curare-like de cet Antibiotique, potentialisé par l'anesthésie.

POTH l'utilise en perfusion intestinale à l'aide d'une solution aqueuse de 1 litre à 1 pour cent.

Nos Maîtres F. et M. CARCASSONNE, lors des colostomies pour Sigmoïdites, utilisent la Néomycine en lavements. Une à deux ampoules sont administrées dans le lavement, tous les jours, à la fois par l'anus naturel, mais aussi par l'orifice distal de l'anus contre nature (obs. 34, 48, 50, 51, 55, 63). Nous insistons sur ce mode d'administration de l'Antibiotique, vus les résultats excellents qu'il a donnés.

— Son intérêt : il est très grand et l'on peut, avec GROSDIDIER et GILLE, estimer :

1) *Que la Néomycine possède un large spectre microbien.*

Son action est rapide : DEARNIG, avec des doses de 6 grammes de Néomycine par jour, observe la disparition complète des germes aérobies en 48 heures ; POTH obtient, en 48 heures, une stérilisation presque complète du milieu intestinal et signale qu'une perfusion intestinale d'un litre de solution aqueuse à 1 pour cent de Néomycine stérilise complè-

tement le milieu intestinal en moins d'une heure. Grosdidier constate, dès les 18 premières heures, une raréfaction très nette de la flore avec un minimum atteint en général après 4 jours de traitement, alors que l'action est déjà nette au bout de 18 heures.

On constate une disparition quasi complète de la flore aérobie : cocci Gram +, bacilles Gram —, entérocoques, entérobactériacées. Persistance des anaérobies qui, en effet, sont résistants dans la majorité des cas, à la Néomycine. Souvent apparaissent des levures (Francillon, Enjalbert, Grosdidier) qui disparaissent spontanément dans les suites opératoires avec la réapparition de la flore normale. Il ne semble pas que cette flore soit pathogène au niveau de l'intestin. La flore redevient normale dans les 3 jours qui suivent la cessation du produit. La récupération peut être considérée comme totale une semaine après l'arrêt de l'Antibiotique.

Cependant il faut signaler, dans quelques cas, la persistance d'un germe aérobie (*A. aerogenes, Pseudomonas, E. coli, Streptococcus fæcalis,* entérocoque), d'où l'intérêt d'associer la Néomycine à un autre antibiotique : Terramycine (Prigot, Milbert), Bacitracine (Poth), Erythromycine (Prigot), Colimycine et enfin les Sulfamides (Poth, Francillon). Notons la synergie d'action Néomycine-Bacitracine, Néomycine-Streptomycine et surtout Néomycine-Colistine.

2) *Que sa toxicité est faible.*

Elle est toxique par voie parentérale. Par contre, sa résorption intestinale étant minime (3 % seulement du produit étant éliminé par les urines), les concentrations sanguines atteintes sont très faibles et atoxiques. Son action antibiotique est uniquement locale, les 97 % du produit étant éliminés par les fèces. Aucun de nos malades n'a présenté d'accident, de même que ceux de Grosdidier et de Poth. Ce dernier signale que des malades traités pendant 6 semaines à la Néomycine n'ont présenté aucun phénomène d'intolérance.

3) *Qu'elle n'est pas détruite par les ferments digestifs.*

Elle est active en présence d'aliments et capable d'aider à l'évacuation intestinale sans causer de déshydratation (Poth et Grosdidier). En supprimant la flore de façon quasi absolue, la Néomycine liquéfie les fèces. Elle aide l'évacuation intestinale, en même temps qu'elle devient plus efficace au sein de matières plus liquides.

4) *Qu'elle n'est pas irritante pour les muqueuses digestives.*

Poth montre que comparativement à des chiens témoins, chez d'autres animaux traités à la Néomycine, l'anastomose colique présente un plus bel aspect.

— Chez les chiens témoins, il existe un œdème de la muqueuse sur 3 à 5 cm de l'anastomose, avec nécrose impor-

tante sur les tranches de section, infiltration de polynucléaires, prolifération capillaire. Il n'y a pas de réaction conjonctive, pas de cicatrisation au niveau de l'anastomose.

— Chez les chiens traités à la Néomycine, au contraire, l'œdème péri-anastomotique n'excède pas un centimètre. Il n'y a pas de nécrose, ni d'aspect inflammatoire. La réaction conjonctive cicatricielle n'est pas perturbée et elle rend précocement l'anastomose sûre et étanche.

5) *Qu'elle ne détermine aucune modification des constantes d'hémostase,*

malgré les destructions importantes qu'elle inflige à la flore microbienne.

6) *Enfin qu'elle n'est pas désagréable au goût.*

C'est donc l'Antibiotique de choix dans les Sigmoïdites, aussi bien dans le traitement médical de celles-ci que par son action préparante à l'intervention. Il faut l'administrer 2 à 4 jours avant l'opération. Dans les suites opératoires immédiates, il n'est pas nécessaire d'en donner, car l'arrêt du transit dans les jours qui suivent l'acte chirurgical fait que l'Antibiotique demeure et que son action bienfaisante se poursuit.

La Colistine, nouvel antibiotique à action intestinale, est d'apparition récente. Nous l'avons cependant utilisée conjointement à la Néomycine avec ou en alternance avec elle. Son intérêt thérapeutique est considérable.

Signalons enfin l'action utile des *ferments lactiques,* lors de l'utilisation des Antibiotiques buccaux.

Les antibiotiques de type Néomycine et Colistine ont une action élective sur les bactéries Gram —. Cette action peut être suivie en pathologie humaine par des coprocultures successives. On sait que jusqu'à ces derniers temps, on n'avait pas évoqué la possibilité de résistance des germes à ces Antibiotiques. Toutefois, l'examen des pousses microbiennes de l'antibiogramme nous montre, après une période de sensibilité totale de 48 heures, l'apparition de quelques rares colonies microbiennes. Plus qu'une résistance, ce phénomène « dit de rebond » par les bactériologistes viendrait de l'absence d'action de l'Antibiotique sur certaines colonies d'une même souche. Mis à part le fait purement bactériologique et sans pouvoir interférer de la boîte de Pétri au malade, la surveillance des coprocultures peut être intéressante dans une thérapeutique de longue durée.

7) Quant au

TRAITEMENT RADIOTHERAPIQUE

des Sigmoïdites, nous n'en avons pas l'expérience. J. Robieux lui a consacré sa Thèse à Paris en 1957. Nous pensons que si son efficacité est discutable, ses inconvénients ne le sont point.

8) LES CURES THERMALES

Elles ont une valeur certaine dans le traitement d'entretien, en dehors des poussées aiguës. Deux stations sont à retenir :

— *Plombières* lorsque l'élément spasmodique domine,

— *Châtel-Guyon* dans les constipations atoniques.

Telles sont les méthodes médicales qui représentent évidemment la seule méthode thérapeutique à opposer aux Sigmoïdites diverticulaires dites médicales, c'est-à-dire non compliquées, non évoluées.

Pour les Sigmoïdites chirurgicales, c'est-à-dire celles qui nous intéressent ici, le traitement médical demeure mieux qu'un adjuvant, associé à la dérivation externe, ou pré-opératoire avant une résection.

b) **Les méthodes chirurgicales**

Trois sortes de méthodes sont offertes au chirurgien.

— Les méthodes palliatives.

— Les méthodes conservatrices.

— Les méthodes radicales.

Nous allons les voir successivement.

1) LES METHODES PALLIATIVES

Elles sont basées sur le fait que les lésions des Sigmoïdites sont réversibles. Elles permettent aux phénomènes inflammatoires de rétrocéder par mise au repos du segment colique atteint.

Elles ont l'avantage d'être d'exécution rapide et peu choquante, convenant parfaitement à des sujets âgés. Toutefois, elles présentent des inconvénients pour l'avenir et exposent aux récidives.

De toute façon, elles permettent de franchir un cap critique, en enrayant une complication.

Elles ont un autre avantage : préciser parfois le diagnostic qui reste hésitant entre une Sigmoïdite et un Cancer et préparent le côlon pour une intervention d'exérèse ultérieure.

Elles doivent toujours être associées au traitement médical.

Quelles sont ces méthodes ? Ce sont les Drainages, l'Extériorisation et les Dérivations.

a) Les drainages.

Drainages d'abcès ou de la cavité péritonéale,

— soit par des mèches de gaze ;

— soit par un sac de Mickulicz ;

— soit par un drain aspiratif de Barraya.

L'association Mickulicz + Drainage aspiratif de Barraya est très efficace.

Ces drainages doivent éviter toutefois les effractions dans la cavité péritonéale. Leur action est complétée par les Antibiotiques (Néomycine en particulier) et l'aspiration duodénale continue.

b) Les Exentéropexies ou Extériorisations.

Sont d'indication très rare. Nous les citons simplement. Elles consistent à fixer en dehors de l'abdomen la portion malade du sigmoïde. On isole ainsi le péritoine. L'anse réintègre l'abdomen au bout de 4 à 6 semaines, subissant « l'appel du ventre ». Bien que simples et rapides à réaliser, elles sont rarement possibles, car le côlon ne peut être mobilisé dans la majorité des cas et cette mobilisation est elle-même dangereuse. Il faut toujours isoler la zone malade par un large barrage de mèches.

L'Extériorisation pourra être accompagnée de dérivation *in situ* ou en amont, suivie soit de conservation de l'anse, par suite de l' « appel du ventre », soit de résection secondaire.

c) Les Dérivations.

On les classe en deux catégories :

— Les dérivations internes par anastomoses colo-coliques ou iléo-coliques exceptionnellement.

— Les dérivations externes par fistulisation du côlon à la peau.

1) *Les Dérivations internes*

Elles doivent être rejetées : ce sont de mauvaises interventions en matière de Sigmoïdites. Elles comprennent les anastomoses palliatives iléo-sigmoïdiennes et transverso-sigmoïdiennes.

L'Iléo-Sigmoïdostomie. C'est une mauvaise intervention parce que :

• Dangereuse. Elle est difficile à placer si les lésions sont basses. Il s'agit alors d'une iléo-rectostomie.

• Inefficace. Le sigmoïde baigne dans le liquide grêle. Tout le côlon en amont se déverse dans le sigmoïde.

La diarrhée abondante qu'elle provoque, la déshydratation qu'elle entraîne, en font une intervention palliative qui ne doit être réservée qu'à des cas exceptionnels.

La Transverso-Sigmoïdostomie. Cette anastomose, latéro-latérale le plus souvent, ou termino-latérale, en un ou deux plans, est une intervention à peine meilleure. Bénigne, elle n'est pas toujours réalisable car les lésions descendent très bas sur le sigmoïde et elle n'exclut pas un segment très étendu du gros intestin, contrairement à la précédente. Elle peut constituer

parfois le premier temps d'une intervention d'exérèse. Elle a été pratiquée une seule fois dans nos observations (obs. n° 14).

2) *Les dérivations externes*

Elles peuvent se faire *in situ* ou en amont.

In situ : lors des gangrènes sigmoïdiennes, par exemple. Cette dérivation n'est pas sûre et se fait en plein tissu malade.

Elle n'est pas complète et laisse persister en amont d'elle des lésions coliques.

En amont. La dérivation doit être large et complète. Nous laissons de côté l'Iléostomie pour étudier l'anus cæcal, l'anus droit, l'anus transverse et enfin, l'anus iliaque gauche.

L'anus cæcal

Il est réalisable sous simple anesthésie locale et est d'exécution très facile. Très peu choquant, il convient à l'occlusion aiguë. La Cæcostomie peut être étroite ou large.

Etroite : c'est la « Ventil Fistul » des auteurs américains. Elle suffit à faire céder l'occlusion, à supprimer la distension du côlon en dérivant son contenu gazeux ou liquide. Elle n'assure jamais une dérivation complète des matières, mais elle permet la préparation d'un segment colique important en vue d'une intervention ultérieure. Elle se ferme le plus souvent spontanément.

Large : l'ouverture du cæcum est plus importante, un tube de Paul permet une dérivation des matières assez appréciable, mais cette dérivation n'est jamais totale. Elle se ferme moins souvent que la précédente de façon spontanée.

C'est un dispositif temporaire, une solution d'attente ; il n'est donc pas indifférent qu'elle puisse, à la rigueur, se fermer spontanément ou tout au moins être de cure chirurgicale très facile. Certes les matières liquides qui en sortent sont irritantes pour la peau, mais de là à la proscrire systématiquement comme font la grande majorité des auteurs, comme Deloyers, Bertrand, etc., elle rend quand même de grands services.

Dans nos observations, nous l'avons utilisée cinq fois.

Deux fois (obs. 24 et 37) où elle fut suivie d'une résection secondaire et trois fois (obs. 48, 60 et 63) où elle fut utilisée seule. Dans ces cinq cas, elle nous donna de très bons résultats. Jasoni a guéri deux fistules stercorales d'origine sigmoïdienne, par simple cæcostomie.

La Colostomie Droite (sous-angulo-colique)

Elle assure une dérivation totale, mais n'est pas absolument continente ; sa fermeture est parfois difficile.

La Colostomie Transverse

Elle ne doit jamais être pratiquée sur la ligne médiane. Elle peut siéger sur n'importe quel segment du côlon transverse. C'est un anus excluant ; l'éperon peut être obtenu grâce à des artifices bien connus : suture, baguette de verre, bandelette épiploïque (Aubert), ou suivant la technique de Devine.

— L'anus transverse droit, ou sous-angulo-colique droit de Bergeret, constitue une dérivation parfaite du contenu intestinal. Il laisse une liberté de manœuvre sur le côlon gauche, mais sa fermeture peut être difficile.

— L'anus transverse gauche et sous-angulo-colique gauche doivent être rejetés. Ils dérivent au-dessous un segment intestinal trop long (Macquet).

L'Anus Iliaque Gauche

Il est situé juste en amont des lésions, très près de celles-ci. Il permet à l'antibiotique injecté par sa partie distale d'agir directement sur la zone pathologique et une préparation intestinale parfaite. L'exérèse secondaire l'enlève.

Qu'il soit sur baguette ou mieux à pont de crins, comme le conseille notre Maître le Professeur Carcassonne, c'est une dérivation parfaite. C'est aussi l'avis de Macquet.

L'Anus Iliaque Gauche est la seule dérivation vraiment utile et efficace.

Donc, il nous faut retenir en premier l'Anus Iliaque Gauche, puis la Colostomie transverse droite et ne pas délaisser la Cæcostomie.

Dans nos observations, nous trouvons :

— 19 dérivations isolées,

— 9 dérivations avec résection secondaire et une dixième à faire (obs. 64),

— et 12 dérivations contemporaines de la résection.

Telles sont les méthodes palliatives qui ont un grand intérêt actuellement. Voyons maintenant quelles sont les méthodes conservatrices.

2) LES METHODES CONSERVATRICES

Elles sont logiques, mais leur action est très limitée, alors qu'il s'agit de maladie diffuse.

Elles comprennent trois méthodes : l'Enfouissement d'un diverticule, la Diverticulectomie et la Suture des perforations.

L'Enfouissement d'un diverticule.

C'est une méthode simple et rapide. Le diverticule est retourné en doigt de gant et maintenu enfoui par une ou deux

bourses au fil non résorbable qui a l'inconvénient de s'appuyer sur des tissus inflammatoires, donc fragiles.

D'autre part, si plusieurs diverticules sont atteints, l'intervention devient plus complexe, en particulier lorsqu'il s'agit de diverticules postérieurs ou intra-mésocoliques.

Il ne faut pas la pratiquer en cas de Diverticulite suppurée ou gangrénée. Elle s'applique donc à des cas qui réagissent bien au traitement médical seul, c'est-à-dire aux Sigmoïdites médicales et non aux cas qui nous intéressent.

La Diverticulectomie.

Elle n'est en rien comparable à l'Appendicectomie, comme on l'a écrit avec trop de complaisance. C'est une méthode à proscrire. Ici, il n'y a pas de méso pour la ligature. Le pédicule vasculaire est plaqué contre celui-ci, difficile à trouver parfois car il est noyé dans un tissu graisseux et inflammatoire. De plus, la ligature ou la suture du diverticule est précaire, car elle porte sur des tissus inflammatoires, donc peu résistants.

Donc, cette méthode est rarement réalisable, en particulier si de nombreux diverticules sont en cause ; d'autre part, le danger d'ablation d'un diverticule, lié à des dangers immédiats, laisse l'arrière-pensée de possibilité de dégénérescence (obs. 27).

La Suture d'une perforation.

Cette perforation est difficile à trouver parfois. Elle est en général noyée dans une zone étendue de tissus très enflammés et souvent gangrénés. Ses bords sont irréguliers et mâchés. Il va sans dire que les sutures sont très fragiles, la paroi coupant sous les fils.

Elle doit être complétée par une exclusion ou un drainage, mais surtout par une colostomie d'amont. Nous la proscrivons également.

Telles sont les méthodes conservatrices. Voyons maintenant les méthodes radicales.

3) LES METHODES RADICALES

Ce sont les Colectomies qui peuvent se faire d'emblée ou secondairement après dérivation. Ce dernier cas est à préférer, d'autant que la dérivation peut amener une telle amélioration que la Colectomie pourra être évitée.

Ces Colectomies peuvent se faire extra ou intra-abdominales.

a) La Colectomie extra-abdominale par extériorisation.

Elle a été pratiquée 6 fois dans nos observations.

— Le principe de l'extériorisation est le suivant : la Colectomie se pratique hors du ventre, le péritoine étant fermé, soit

par suture, soit spontanément, grâce à des adhérences précoces ; la Colectomie peut être immédiate ou retardée. Elle aboutit toujours à un anus *in situ* dont il faudra envisager la fermeture secondaire.

— Son but est de mettre la cavité péritonéale à l'abri de toute diffusion septique lors de la résection colique.

— Il en existe trois procédés : celui de Bouilly-Volkmann, celui de Hartmann-Paul et celui de Block-Mickulicz dont nous rappellerons brièvement la technique.

1) *Le procédé de* Bouilly-Volkmann

Il doit être préféré aux deux autres.

Il comprend : l'extériorisation de l'anse colique et de son méso. La suture du péritoine pariétal autour du canon de fusil réalisé au pied de l'anse. La résection immédiate du côlon extériorisé et de son méso, la suture de la demi-circonférence postérieure des sections coliques. La fermeture de la paroi abdominale autour de l'anus *in situ*.

Delore préconise à juste titre la suture des 2/3 ou des 4/5 de la circonférence colique, laissant uniquement un petit orifice par lequel un drain est introduit dans l'anse afférente de l'anus *in situ*.

2) *Le procédé de* Hartmann-Paul

Il comprend les temps suivants : extériorisation de l'anse colique : colectomie immédiate avec résection du mésocôlon ; réalisation d'un canon de fusil par suture des segments coliques entre eux (jumelage) et suture du péritoine pariétal tout autour du canon de fusil.

Aucune suture sur les deux orifices coliques.

Tube de Paul ou gros drain dans le bout supérieur.

3) *Le procédé de* Bloch-Mickulicz

C'est en fait le procédé type d'extériorisation, il comprend : l'extériorisation de l'anse colique et de son méso, la colectomie étant réalisée quelques jours plus tard. On peut, pour éviter une rétraction trop importante du mésocôlon, lors du premier temps, suturer le péritoine pariétal au pied de l'anse.

Quels sont les avantages et les inconvénients de cette méthode ?

La Colectomie se fait hors du ventre ; le danger de péritonite et de cellulite est moins grand que dans la Colectomie avec rétablissement immédiat de la continuité. C'est une méthode de sécurité. Elle est assez bénigne.

Cependant, elle est souvent impossible à réaliser si l'anse est courte et le méso rétracté, ce qui entraîne des décollements parfois importants qu'il faut éviter à tout prix.

La fermeture de l'anus présente des dangers non négligeables.

L'avantage classique que représente la fermeture extra-péritonéale de l'anus nous paraît fort discutable. Mieux vaut, après extériorisation-résection, faire une cure intra-péritonéale qui est moins que la précédente sujette à des fistules.

Elle reste néanmoins un excellent procédé lorsqu'elle est réalisable.

b) La Colectomie intra-abdominale.

Nous en relevons 27 dans nos observations. Il en existe deux variétés :

— Colectomie sans rétablissement de la continuité avec anus définitif.
— Colectomie avec rétablissement immédiat de la continuité.
— Nous envisagerons, enfin, le problème de l'anus complémentaire.

1) *La Colectomie sans rétablissement de la continuité.*

C'est l'opération de Hartmann. Elle emporte la zone pathologique. Le segment rectal restant est suturé et enfoui au fond du pelvis ; le bout colique est abouché à la peau en anus définitif.

Cette intervention qui est réservée aux lésions basses, fixées, inextériorisables, a pu parfois rendre de grands services dans les Sigmoïdites, à cause de sa bénignité, de sa simplicité et de sa rapidité, chez des malades âgés ou en mauvais état. Ses suites sont simples.

Mais elle se termine par un anus définitif et laisse intacte et inutilisée la partie terminale du rectum. Cependant, on peut rétablir secondairement la continuité si le terrain le permet, mais c'est une intervention délicate. Ce rétablissement de la continuité peut se faire, soit par suture colo-rectale, si l'allongement de l'anse colique est satisfaisant avec ou non décollement de l'angle gauche, soit par iléocoloplastie dans les cas rares où le côlon gauche n'est pas abaissable.

Avec les bienfaits de la dérivation associée ou non à l'extériorisation, ou à l'isolement, qui ne coupe aucun pont, ses indications nous paraissent aujourd'hui fort minimes.

2) *La Colectomie intra-abdominale avec rétablissement immédiat de la continuité.*

Dans le même temps opératoire, on pratique la résection colique et le rétablissement de la continuité intestinale.

Deux techniques peuvent être utilisées : l'Hémicolectomie gauche et la Colectomie segmentaire.

a) L'Hémicolectomie gauche vraie n'a pas d'indications en matière de Sigmoïdites, sauf s'il y a association néoplasique. Aussi n'en parlerons-nous pas.

Après résection, elle se termine par une anastomose transverso-sigmoïdienne. Elle doit porter sur des tranches coliques bien vascularisées ; la suture ne doit pas être sous tension.

La dérivation préalable ou concomitante est de règle.

b) La Colectomie segmentaire plus ou moins étendue.

Elle comporte une résection colique qui ne doit pas être trop économique et une section cunéiforme du mésocôlon.

— L'anastomose doit obéir aux règles habituelles des anastomoses coliques. Elle peut être termino-terminale (le plus souvent), latéro-latérale ou latéro-terminale.

— Il est inutile, souvent nuisible, de laisser un drain au contact de l'anastomose. La dérivation en amont permet d'éviter le drainage, mais il est plus prudent de placer un drainage aspiratif de Barraya.

— En cas de lésions basses, on sera amené à pratiquer une anastomose colo-rectale, souvent assez basse. Les anastomoses sur tuteur doivent être abandonnées. Nous donnons notre préférence aux termino-terminales ou surtout aux latéro-terminales colo-rectales.

Le Docteur Michel-Béchet préfère les termino-latérales sur la face antérieure de l'ampoule rectale.

— Si l'anastomose se trouve être dans le péritoine, nous la laissons telle quelle sans extra-péritonisation ;

— Si elle tombe sous le péritoine, nous la recouvrons de péritoine pelvien et drainons, soit par le haut, à l'aide d'un Redon placé en para-vésical, soit par le bas, par un drainage rétro-rectal, ou mieux latéro-rectal.

— Il faut utiliser largement les antibiotiques locaux : Pénicilline + Streptomycine et surtout Chloramphénicol. On ne mettra pas de Néomycine intra-péritonéale.

3) *Le problème de l'anus complémentaire.*

Faut-il dériver en amont ?

Malgré les progrès actuels, la dérivation en amont reste d'une grande sécurité. Certes les auteurs américains citent des chiffres importants de résections en un temps, sans dérivation avec mortalité négligeable (nous en avons 6 cas dans nos observations), mais avant tout il faut être prudent et non téméraire et faire une colostomie.

La dérivation peut être :

— *Soit préalable* (9 fois dans nos observations avec une 10e résection secondaire à faire [obs. 64]).

Elle est indiquée dans les occlusions aiguës ou en cas d'abcès ou de péritonite.

Elle peut suffire à elle seule, mais elle facilite la préparation intestinale grâce aux lavages pratiqués par son orifice distal, dans lesquels la Néomycine est d'un intérêt tout particulier.

L'anus iliaque gauche est de loin le meilleur ainsi que l'anus transverse droit.

— *Soit contemporaine* (12 fois dans nos observations).

Son but est d'empêcher la distension au-dessus de la suture colique.

La plupart des chirurgiens préfèrent une dérivation totale par anus transverse droit.

Certains cependant, en particulier les Américains, préconisent la cæcostomie (« Ventil fistul »).

Citons, pour en parler seulement, l'appendicostomie.

Nous verrons plus loin les problèmes relatifs au mode de dérivation et à la fermeture de celle-ci.

Telles sont les méthodes chirurgicales, dont la part la plus importante revient à la dérivation (anus iliaque gauche ou anus transverse droit). Voyons maintenant les indications thérapeutiques.

II. - LES INDICATIONS

Parmi les nombreuses méthodes médicales et chirurgicales que nous venons d'étudier, il faut savoir choisir judicieusement et appliquer à chaque cas la thérapeutique qui lui convient le mieux. De toute façon, il faut être prudent et toujours avoir présent à l'esprit que les lésions des Sigmoïdites sont réversibles.

Nous étudierons ces indications d'après les différentes formes cliniques des Sigmoïdites, puis nous verrons les indications tactiques synthétiques.

a) Les indications d'après les formes cliniques des Sigmoïdites

Nous les envisagerons successivement dans les Sigmoïdites aiguës, dans les Sigmoïdites chroniques et enfin dans les Sigmoïdites compliquées.

1) LES SIGMOIDITES AIGUES

Le traitement médical est de règle. N'opérer que si la Sigmoïdite ne réagit pas à celui-ci ou insuffisamment ; de même il faut opérer en cas de complication. 15 à 20 % des Sigmoïdites aiguës nécessitent un traitement chirurgical, dans leurs formes compliquées. C'est le pourcentage que l'on établit d'après les diverses publications.

— West, sur 118 cas vus en 11 ans, en a 78 traités médicalement et 39 opérés.

— Pemberton et col., sur 600 complications, 75 % ont guéri médicalement ; 25 % ont été opérés par crainte d'un cancer.

— Morton rapporte 111 cas de Sigmoïdites aiguës traitées médicalement.

— Neal, 15 à 20 % de ces Sigmoïdites aiguës se compliquent et nécessitent un traitement chirurgical.

— G.-W. Greig, sur 72 cas, a 25 accidents aigus. Tous, sauf un, guérissent avec un minimum de gestes chirurgicaux.

— Bacon et Mc Kay, sur 104 malades, ont seulement 32 opérés.

— Bacon et Sherman, sur 117 malades : 41 opérés.

— Bertrand : 105 cas de Sigmoïdites, la plupart ont eu un traitement médical. Il y eut 15 % de formes chirurgicales, c'est-à-dire 44 cas (33 formes pures et 9 formes associées au cancer).

— Devaux : 16 % de traitements chirurgicaux, 84 % de traitements médicaux ; de même que Girard (102 observations).

— Dans la thèse de Guillot, il y a 23 Sigmoïdites chirurgicales et 100 Sigmoïdites traitées médicalement.

— Waugh et Walt : 80 % des Diverticulites réagissent au traitement médical.

— Dans nos observations, nous trouvons un nombre beaucoup plus important d'indications chirurgicales, puisque nous avons 49 opérés sur 64 cas.

Mais il convient de rappeler que même les formes que nous avons traitées médicalement nous ont été adressées en deuxième main par des médecins, devant des symptômes chirurgicaux (réaction péritonéale, hémorragie, subocclusion). Nous n'avons donc pas envisagé le moins du monde les formes médicales simples, où les symptômes sont purement constitués, le diagnostic fait par la présence de Diverticulose et de Diverticulite à la radiographie. Ces cas sont indiscutablement médicaux, ils le restent le plus souvent d'ailleurs. Mais quelquefois, ces formes peuvent, un beau jour de leur évolution, être amenés au chirurgien, devant une évolution aiguë : ce sont ces cas que nous avons en vue.

Ceci dit, nous envisagerons deux cas : la crise pseudo-chirurgicale de Sigmoïdite aiguë, puis les formes graves.

a) *La crise pseudo-chirurgicale de Sigmoïdite aiguë.*

Cette crise se présente souvent, sur le mode péritonéal mineur, ou subocclusif. En principe, on peut éviter l'intervention en suivant attentivement le malade. Seule la constatation de signes de péritonite généralisée, surtout évidemment de péritonite par perforation, motive l'indication opératoire

d'urgence (nous le verrons plus loin du reste). En l'absence de ces symptômes, la conduite à tenir est la suivante :

— Repos au lit, diète liquide, glace sur l'abdomen, Atropine intra-veineuse 1/4 de milligramme deux fois par jour ou antispasmodiques de synthèse : Surparine alternée avec Buscopan, une ampoule intra-musculaire toutes les 6 heures, Oxyferriscorbone sodique : 1 ampoule I.M. par jour et surtout des antiinfectieux en association : Ganidan, 8 comprimés + Néomycine, 1,50 g par jour, ou Néomycine + Colistine.

Il ne faut pas prescrire de purgatifs. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à cédation des signes.

Evolution. — La crise peut tourner court, ne pas céder complètement, récidiver ou enfin s'aggraver et se compliquer.

— Lorsque la crise tourne court, que faut-il faire devant des lésions refroidies ?

Certains conseillent de réséquer le sigmoïde. En fait, nous pensons, comme Deloyers, qu'il faut être abstentioniste si à la guérison clinique correspond une guérison radiologique montrant un sigmoïde souple, de calibre normal.

Un malade cliniquement guéri doit être surveillé et doit repasser de nouvelles radiographies au moins deux fois par an. De même, il lui faut suivre un traitement d'entretien : régime contrôlé, cures de 10 jours par mois d'Antibiotiques (Néomycine).

— Lorsque la guérison clinique est obtenue, mais qu'il persiste des signes radiologiques ou, si l'on n'obtient pas une amélioration rapide, il faut mettre la lésion au repos et pratiquer une colostomie d'amont qui doit être complète, de siège iliaque gauche ; elle doit être associée au traitement médical et aux lavages journaliers contenant de la Néomycine.

Cette dérivation doit être maintenue assez longtemps, six mois minimum, et elle ne sera refermée que lorsque les radiographies par voie basse et par la colostomie montreront un sigmoïde normal, de même aussi lorsque la biopsie de la muqueuse au niveau de la colostomie ne montrera plus de signes inflammatoires.

— En cas de forme à reprises ou à poussées subintrantes, résistant aux Antibiotiques ou lentes à répondre au traitement médical, entraînant une aggravation progressive locale et générale, il faut intervenir. Un seul geste chirurgical est logique alors : la dérivation, associée au traitement médical ; en effet, la diffusion des lésions sur le sigmoïde contre-indique une exérèse, car on ne sait l'étendue vers le haut et le bas de l'inflammation dans la sous-muqueuse et l'on s'expose alors à réséquer en zone pathologique.

Cette colostomie doit être totale, en amont de la lésion. Dans la très grande majorité des cas, elle guérit la Sigmoïdite.

Les récidives sont dues, répétons-le, au fait qu'elle a été refermée trop tôt, alors qu'il persistait des signes inflammatoires radiologiques, ou à la biopsie de la muqueuse, au niveau de la colostomie. C'est l'évolution des signes radiologiques et cliniques qui va guider les indications d'une exérèse secondaire. Dans ces cas de Sigmoïdites aiguës pseudo-chirurgicales, l'éventualité néoplasique est rare. Si radiologiquement les lésions disparaissent progressivement, on refermera la dérivation. Si il persiste des lésions muqueuses, à plus forte raison s'il demeure une image suspecte, la résection sera pratiquée. La seule indication reste donc l'échec de la dérivation.

b) *Les formes aiguës graves.*

Ce sont les formes où existent des signes péritonéaux vrais, avec contracture et signes occlusifs. L'état général est touché.

Dans ces cas, l'indication opératoire est absolue. On pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale ou iliaque gauche ; celle-ci montrera, en général, des dégâts importants.

On peut se trouver devant trois sortes de lésions :
— une Sigmoïdite aiguë pseudo-phlegmoneuse,
— une Sigmoïdite localisée avec Diverticulite,
— une Sigmoïdite gangréneuse pré-perforative.

1) Devant une Sigmoïdite aiguë étendue pseudo-phlegmoneuse, sans lésions sphacéliques, sans menace de perforation, il ne faut pas s'abstenir, car si le traitement médical post-opératoire peut guérir ces lésions, elles peuvent évoluer à tout moment vers la péritonite. Il faut établir une dérivation externe en amont, pour mettre le sigmoïde au repos. Le drainage de la cavité péritonéale est affaire d'école. Dans ces cas de lésions peu diffusées, nous pensons qu'il est inutile, voire nuisible.

2) Devant une Sigmoïdite aiguë avec Diverticulite, là encore, la dérivation externe et la dérivation externe seule est de mise. En particulier, la diverticulectomie isolée, nous paraît insuffisante, illogique, impossible ou dangereuse. Nous la proscrivons.

3) Devant une Sigmoïdite gangréneuse diffuse, en cas de perforation imminente et devant des lésions diffuses, il faut :
— si l'anse est longue et mobile, extérioriser ;
— si l'anse est courte et fixée, drainer et isoler.

Mais de toute façon, dans les deux cas, la colostomie d'amont est obligatoire.

Telle est la conduite à tenir dans les Sigmoïdites aiguës. Nous venons de voir qu'il faut être conservateur au maximum et que la part la plus importante revient au traitement médical et à la dérivation. Etudions maintenant les indications dans les Sigmoïdites chroniques.

2) LES SIGMOIDITES CHRONIQUES

Là encore, nous n'envisagerons que les Sigmoïdites chroniques « chirurgicales ».

Les Sigmoïdites chroniques sont chirurgicales :

— soit parce qu'elles se présentent comme un cancer sigmoïdien ;

— soit parce qu'elles résistent au traitement médical.

Le traitement médical doit être poursuivi très longtemps, sous surveillance clinique et radiologique régulière. Il comprend :

— Des mesures hygiéno-diététiques : régime riche et varié sans résidus ; peu de graisses ; 120 à 150 g de protides par jour ; beaucoup de glucides.

— Surveillance du transit que l'on régularisera avec des laxatifs doux : sous-nitrate de Bismuth 10 à 15 g par jour ou huile de Paraffine. Il ne faudra pas prescrire de laxatifs excitants, surtout s'ils contiennent de la Phénolphtaléine, ainsi que les mucilages.

— Des désinfectants intestinaux par cures espacées de 10 à 15 jours par mois : Sulfamides ou mieux Néomycine Diamant, 1,50 g par jour, on peut les associer utilement.

— Des désinfectants urinaires en cas de besoin.

— Des antispasmodiques pris régulièrement sous forme de comprimés (exemple : un comprimé de Buscopan trois fois par jour) ou sous forme de charbon belladoné.

— Enfin, la Crénothérapie : cures à Plombières ou Châtel-Guyon.

Le traitement chirurgical. — Il ne se pose que devant :

— Une incertitude de diagnostic avec le Cancer. Qu'il s'agisse, à ventre ouvert, de Cancer ou de Sigmoïdite, nous nous contentons d'une dérivation première, qui ne sera suivie de résection secondaire que si le diagnostic de Cancer est vérifié ou probable.

— Les formes rebelles ou réagissant mal au traitement médical, et en particulier les formes infectées avec atteinte de l'état général. Dans ce cas, une seule attitude : dérivation en amont, qui sera parfois suivie d'une résection secondaire s'il persiste des signes fonctionnels et radiologiques.

— Des troubles du transit. La subocclusion ne constitue pas une indication opératoire immédiate. Grâce à l'aspiration, au traitement médical, on peut le plus souvent faire régresser les signes, rétablir le transit, et ce malgré des situations paraissant compromises. Toutefois, si le tableau d'occlusion se complète, il faut dériver aussitôt ; nous le préciserons plus loin du reste.

Là encore, pour ces formes chroniques, la thérapeutique est dominée par la dérivation. Etudions maintenant les formes compliquées.

3) LES SIGMOIDITES COMPLIQUEES

Ici, l'accord n'est pas fait entre les partisans de la thérapeutique chirurgicale radicale et les partisans de la thérapeutique conservatrice dont nous ne ferons que louer les grands avantages.

Envisageons successivement les péritonites, les abcès, les fistules, les occlusions, les hémorragies et l'association avec le Cancer.

A) Les péritonites

Il faut opérer d'urgence toute péritonite sigmoïdienne généralisée ; les antibiotiques n'entraînent aucune restriction à cette règle.

Detrie a fort justement analysé le problème en quelques lignes : « Cette haute gravité n'entraîne pourtant pas l'unanimité des chirurgiens vers des conseils de prudence et si certains se louent de s'être limités au plus pressé, d'autres proposent et réalisent audacieusement une colectomie d'emblée, sans se rendre compte qu'un des progrès essentiels de la chirurgie colique vient précisément d'un temps préalable de préparation, qu'ils négligent dans leur précipitation. »

Ces péritonites comprennent : les Sigmoïdites perforées, les Sigmoïdites gangréneuses perforées et des perforations exceptionnelles.

a) *Les Sigmoïdites perforées.*

Quelles sont les différentes attitudes chirurgicales possibles ?

Le traitement varie selon la localisation et l'aspect de la perforation. Il faut avant tout réanimer de façon énergique ce malade choqué, puis intervenir le plus vite possible par laparotomie médiane sous-ombilicale et faire alors un bilan à ventre ouvert. La décision ne se prend qu'à ce moment-là, en présence des lésions. Il existe deux sortes de possibilités, soit un traitement conservateur, soit la résection d'emblée. Disons tout de suite que nous n'adoptons pas cette dernière.

1) Le traitement conservateur

Il s'accompagnera de l'utilisation des antibiotiques locaux, de l'aspiration duodénale continue et de la réanimation per et post-opératoire.

Il doit obligatoirement comprendre trois gestes associés :

a) Drainer le péritoine ;

b) Dériver en amont ;

c) Agir directement sur la lésion colique.

(C'est aussi l'opinion de Detrie, de Sénèque et Crépy.)

a) Le drainage du péritoine se fait : soit avec un sac de Mickulicz entourant des mèches et un drain aspiratif, soit un drain de Barraya, soit simplement deux ou trois mèches.

On a tendance à l'heure actuelle à le diminuer, en faisant confiance aux capacités de résorption de la séreuse. En réalité, deux cas se présentent :

— La péritonite pure ; le drainage peut se discuter et nous pouvons maintenant faire confiance aux instillations continues d'antibiotiques, introduits à l'aide de deux drains dont l'un est aspiratif.

— La cellulite associée à la péritonite ; ici, il faut de toute évidence drainer largement à l'aide d'un Mickulicz aspiré, par exemple.

b) La dérivation en amont est obligatoire, soit par un anus transverse droit, sur baguette de verre, soit par un anus iliaque gauche, s'il est réalisable car il sera enlevé lors de la résection secondaire.

c) Il faut enfin agir sur la lésion colique.

L'action sera différente selon que l'on trouve des lésions limitées ou au contraire des lésions étendues.

Devant des lésions limitées.

— On peut se contenter de la simple suture de la perforation si elle est possible, mais elle l'est rarement. L'orifice est souvent difficile à trouver, il est recouvert par des fausses membranes ou des franges épiploïques ; d'autre part, les fils coupent, car ils ne prennent pas de tissu sain.

Nous avons une observation traitée par suture et dérivation (obs. 28) qui s'est bien terminée. Detrie, Sénèque et Crépy, Bacon et Mc Kay en sont partisans.

Devant l'impossibilité de la suture, il est possible de se contenter de la dérivation et du drainage simple, sous couvert d'antibiotiques locaux et généraux.

— S'il s'agit d'un diverticule perforé, on peut se limiter à une diverticulectomie ou un enfouissement de celui-ci (obs. 20).

Mosimann et Hofstetter recommandent l'amputation du diverticule perforé, à la manière de l'appendice qui est préférable à son retournement en doigt de gant.

Pour Lepère, la simple diverticulectomie et la suture de la perforation, associée ou non à une extra-péritonisation et un drainage de contact, mais sans dérivation, est une mauvaise

méthode qui entraîne une fistule pyo-stercorale et une reprise des phénomènes infectieux.

Nous avons tendance à être de cet avis.

Devant des lésions étendues.

— Tout dépend des conditions locales (caractère fixe ou mobile du foyer sigmoïdien, longueur du méso, permettant ou non l'extériorisation du segment malade, avec un minimum de décollement).

La grande majorité des chirurgiens dont Bertrand, Prat, Detrie, Sénèque et Crépy, Mosimann et Hofstetter, nos Maîtres F. et M. Carcassonne, sont d'accord pour adopter la ligne de conduite suivante, toujours sous couvert d'une dérivation et d'un drainage.

— Si l'anse est mobile avec une lésion haute du sigmoïde, il n'y a pas à hésiter et pratiquer une extériorisation. C'est un procédé satisfaisant et sûr, lorsqu'il est possible et que l'on n'a pas à faire de décollements importants.

Elle a été faite 6 fois sur 14 péritonites dans nos observations (obs. 29, 40, 41, 42, 47, 55).

Cette extériorisation se fait :

— soit par une contre-incision iliaque gauche,
— soit en utilisant la laparotomie médiane.

Ce deuxième procédé nous paraît bon, car il permet de faire l'anus immédiatement en amont par une contre-incision. Nous sommes opposés, en effet, à la fistulisation chirurgicale de l'anse extériorisée elle-même.

Quand l'extériorisation a été possible, quelle conduite avoir vis-à-vis de l'anse extériorisée ?

1) L'exérèse secondaire est nécessaire si les lésions ne cicatrisent pas, s'il persiste une fistule et si l'état général le permet. Elle représente pour nous la méthode de choix.

2) Dans l'autre hypothèse, l'anse obéit à l'appel du ventre que l'on peut aider au besoin, si les lésions cicatrisent. La fermeture de la dérivation ne se fera que secondairement.

— Si l'anse est fixe, avec lésion basse, on ne peut extérioriser l'anse, il faudra se contenter d'une dérivation, associée à un drainage par une contre-incision iliaque et surtout une extra-péritonisation par mèches, enlevées progressivement, au fur et à mesure de la cicatrisation des lésions. La suture de la perforation peut être tentée dans les rares cas où elle est possible. La dilatation anale ou un gros drain remontant par l'anus et le rectum vers le sigmoïde peut être utile (Lataix).

— De toute façon, quel est l'avenir du malade guéri de la péritonite et qui n'a pas été réséqué immédiatement ?

Deux attitudes sont logiques : ou bien refermer la colostomie, ou bien réséquer secondairement. De toute façon, il vaut mieux prendre une décision après un recul assez long. Neal et Detrie conseillent d'attendre un an avant de fermer la colostomie ou de réséquer.

1) La fermeture de la colostomie ne se fera que si la clinique et le lavement baryté, par voie haute et par voie basse, montrent une guérison complète, de même si la biopsie de la muqueuse de l'anus ne révèle pas de signes inflammatoires. Cette cure d'anus sera obligatoirement pratiquée par voie intra-péritonéale, après préparation soigneuse du côlon pour permettre de vérifier opératoirement que le sigmoïde est redevenu souple et normal.

Ce n'est donc qu'après certitude clinique, radiologique et opératoire de guérison que la dérivation sera fermée. Il va sans dire que le malade sera surveillé et traité régulièrement, par crainte d'une récidive qui nécessiterait une nouvelle colostomie.

2) La résection secondaire se défend, car elle se fait alors sur des lésions refroidies et sur un côlon bien préparé. Elle préserve l'avenir (risques de récidives et de Cancer). Elle est obligatoire s'il persiste des lésions radiologiques même minimes après un an de dérivation. La plupart des chirurgiens sont d'accord à ce sujet, en particulier : Lepère, Detrie, Figarella, Neal, Bacon et Mc Kay, Schlike et Logan.

Ceci dit, voyons quels sont les auteurs qui sont pour le traitement conservateur. Ils sont les plus nombreux. Parmi eux, nous trouvons :

Arnulf.

Mosimann et Hofstetter qui préconisent la suture ou l'extériorisation.

Morton recommande la dérivation.

Bacon et Mc Kay, à propos de 32 opérés, conseillent de toujours dériver avant de pratiquer une résection.

West, sur 118 Sigmoïdites, a 25 péritonites, il leur applique le traitement conservateur : 6 décès.

Tucker et Fey sont partisans de la suture immédiate, ils en publient 17 cas sans mortalité.

Greig, sur 72 cas, a eu 25 accidents aigus qui ont tous guéri, sauf un, par un minimum de gestes chirurgicaux.

Neal déconseille la résection en présence de phénomènes inflammatoires actifs. Il publie 6 cas dont un avec Cancer associé.

Waugh et Walt : toujours dériver en premier temps et secondairement réséquer.

Lagache, Gauthier et Dupont publient 2 cas : l'un réséqué : décès ; l'autre suturé + drainage + dérivation = guérison. Ils préfèrent, après ce cas malheureux, chez des malades

qui sont choqués et infectés, la suture même précaire, recouverte d'épiploon avec drainage et protégée par une dérivation, à la résection même sous forme d'opération d'Hartmann beaucoup plus choquante.

Schlike et Logan, sur 70 Diverticulites, ont 27 péritonites : 2 décès. Ils conseillent de dériver d'abord avec résection secondaire.

Fallis et Marshall pensent que la colostomie transverse de principe est le traitement de choix. Ne jamais réséquer avant d'avoir dérivé.

Bertrand et Devaux : 6 cas (traités par extériorisation 4 fois, drainage 1 fois, enfouissement + anus transverse droit et résection secondaire) = 3 décès.

P. Ryan, qui pourtant défend la colectomie d'emblée, reconnaît qu'elle est indiquée dans des cas très exceptionnels. Il vaut mieux souvent le traitement conservateur.

Lepère conseille de faire d'abord le traitement conservateur puis colectomie secondaire : 6 cas, 2 décès.

Detrie insiste sur le fait que l'étendue des lésions fait que les exérèses doivent être larges avec anastomose dans des conditions peu favorables. De plus, l'état inflammatoire du côlon entraîne des risques importants dans les suites opératoires.

Lanaham et Gilmore, à propos de 34 perforations spontanées, dont 12 par Diverticulite, font 23 colostomies. Ils préconisent le drainage, la fermeture et l'extériorisation. Quatre résections donneront 4 décès.

J. Figarella conseille d'aspirer, d'isoler l'anse et de drainer sous antibiotiques. Quatre observations avec traitement conservateur : 4 guérisons. Néanmoins, fait étrange, il paraît « surpris » d'entendre parler de dérivation dans les Sigmoïdites... ; pour lui, l'extériorisation est la meilleure méthode.

Areseto, sur 5 perforations, fit 4 fois une suture : deux guérisons, deux malades perdus de vue, le cinquième malade avait un trop mauvais état général, il mit simplement une sonde dans l'orifice, décès 3 heures après.

Dans nos observations, nous trouvons 14 péritonites par perforation. Elles eurent toutes un traitement conservateur. Nous avons eu seulement 3 décès (obs. 1, 14 et 32).

Les traitements appliqués furent les suivants :

— 3 fois, dérivation seule (obs. 1, 14, 52) : 2 décès, 1 récidive, mais la dérivation avait été refermée trop tôt (obs. 52).

— 2 fois, dérivation + drainage (obs. 8 et 32) : 1 guérison, 1 décès.

— 1 fois, ligature de la base du diverticule + enfouissement + drainage (obs. 20) : guérison.

— 1 fois, dérivation + suture de la perforation (obs. 28) : guérison.

— 6 extériorisations (obs. 29, 40, 41, 42, 47, 55) : 6 guérisons.

— 1 traitement médical par glace et antibiotiques pour Diverticulite perforée (obs. 49) : guérison.

Comme on le voit, nos résultats sont encourageants (11 guérisons pour 3 décès).

Tel est le traitement conservateur qui doit être la règle. A l'opposé, certains chirurgiens sont partisans du traitement radical.

2) La résection d'emblée

Elle s'appuie sur le fait que la colostomie ne guérit pas la Sigmoïdite, que sous couvert d'antibiotiques et de réanimation, la colectomie vite menée n'est pas plus grave et qu'elle préserve l'avenir.

Certains chirurgiens vont même jusqu'à réséquer d'emblée avec rétablissement immédiat de la continuité sans dérivation, ils publient d'excellents résultats qui cependant nous laissent rêveurs, car la logique conseille au moins dans ces cas de pratiquer un anus contemporain.

Lepère conseille cette colectomie, mais il pense qu'elle ne se défend que si les conditions locales (petite perforation, anse très mobile) permettent une colectomie type Bouilly-Volkmann. Cette attitude est raisonnable et peut se défendre.

Sénèque et Crépy pensent que la résection s'impose sous couvert d'un anus quand la lésion est haute. En cas de lésion basse, deux éventualités : ou bien l'état général est mauvais, il faut alors temporiser : dérivation + drainage local ; ou bien l'état général est conservé : résection intra-abdominale + anus transverse.

Nous ne souscrivons pas à cette opinion.

Prat estime qu'il faut faire la colectomie avant que des lésions inflammatoires invétérées obligent à une exérèse catastrophique, il rapporte 5 cas sans décès.

Boyden publie 35 résections avec mortalité nulle.

Bacon et Sherman 29 résections : 1 seul décès.

Moore et Kirksey rapportent 22 opérations : 8 colostomies occasionnant 2 décès (25 %) et 14 résections sans aucune mort.

Gregg : 41 opérés : 16 réséqués = 0 décès.
24 non réséqués = 6 morts.

Belding, 4 péritonites : 4 résections en un temps avec rétablissement immédiat de la continuité, sans anus = aucun décès.

Thompson, 2 résections d'emblée = 2 succès.

Lenhart et Fleming mobilisent la région malade, même en cas

d'abcès péri-colique, et font la colectomie sous couvert d'un large barrage péritonéal avec aspiration.

Otero guérit un cas par résection immédiate et rétablissement immédiat de la continuité par suture à 4 travers de doigt au-dessus du rectum.

Ryan pense qu'on peut être tenté de réséquer dans des cas très favorables, mais très exceptionnels ; il faut opérer précocement, un malade en bon état, absence d'obstruction et de distension colique et Sigmoïdite localisée sur un segment mobile.

Donc, d'après ces publications, on pourrait être tenté par la résection immédiate, surtout en regard des beaux résultats obtenus par les chirurgiens américains. Sans doute, devant des lésions étendues, mais bien limitées vers le haut et vers le bas, siégeant haut, sur un côlon mobile, vite diagnostiquées, chez un sujet maigre, en bon état général, la résection d'emblée est-elle une méthode rapide, logique et sans grande mortalité. Mais si ces cas existent, nous ne les avons jamais rencontrés et chez les malades que nous avons vus, avons-nous été obligés de nous contenter de méthodes de prudence. Nous n'adoptons pas cette ligne de conduite des auteurs américains car :

1) Ces péritonites sigmoïdiennes sont très graves, les malades sont choqués, supportent mal une grosse opération.

2) On se fie trop dans ce cas aux antibiotiques et on ne prend pas le temps de désinfecter le côlon, dont le contenu est très septique.

3) La colectomie d'emblée prive d'un bilan des lésions coliques réalisable par le lavement baryté : étendue de la Sigmoïdite, mais surtout l'existence ou l'association d'un Cancer est négligée et la résection peut ne pas obéir aux règles carcinologiques dans ce cas.

4) Enfin et dirons-nous surtout, avec notre Maître F. Carcassonne, on ne connaît pas l'extension de la Sigmoïdite vers le haut ou le bas ; même une colectomie large peut passer en zone pathologique. Nous avons deux observations de récidives après colectomie (obs. 23 et 39) dont la première était pourtant une colectomie très large. A.-W. Allen a eu lui aussi 3 récidives de Diverticulite sur le segment supérieur pas assez réséqué.

Aussi pour conclure, redisons que le meilleur traitement de ces péritonites par perforation est le traitement conservateur.

Telles sont les indications thérapeutiques dans les Sigmoïdites perforées. Voyons-les dans les Sigmoïdites gangréneuses.

b) *Les Sigmoïdites gangréneuses perforées.*

Ce sont les péritonites les plus graves. Ici encore, il y a dualité :

1) Sénèque et Crépy, ainsi que Lepère, préconisent la colectomie d'urgence, s'appuyant sur le fait que laisser l'anse gangrénée dans l'abdomen, même derrière un barrage de mèches et une dérivation associée, entraîne la mort. Leur attitude est la suivante :

— Si le méso est long : extériorisation iliaque gauche, avec résection quelques jours plus tard, ou mieux résection immédiate.

— Si le méso est court, rétracté et si les lésions s'étendent vers le bas sigmoïde : opération d'Hartmann.

2) En fait, les antibiotiques, la réanimation et l'aspiration abdominale continue, permettent une autre conduite dont Arnulf est le partisan, car l'état général est très mauvais, le malade est dans un état d'intoxication suraiguë.

D'autre part, le côlon n'est pas préparé pour l'exérèse, les lésions sont très étendues avec phénomènes péritonéaux. Donc, il vaudrait mieux :

— exclure les lésions par un large méchage local et drainage aspiratif du péritoine pour éviter la diffusion septique des sécrétions.

— faire une dérivation en amont : iliaque ou transverse droite pour mettre les lésions au repos.

— si possible extérioriser, mais cette extériorisation est rarement réalisable dans ces cas.

— utiliser très largement les antibiotiques locaux et généraux (par voie intra-veineuse notamment).

— rééquilibrer du point de vue hydro-ionique.

Il n'en demeure pas moins que la mortalité est dans ces cas très élevée.

3) Entre ces deux opinions, notre position est la suivante :
Lésions hautes, limitables, sur une anse mobile : extériorisation-résection et fermeture secondaire de l'anus.
Lésions basses, inextériorisables : opération de Hartmann.

Nous sommes assez partisans dans ces cas de la résection, malgré l'état général du malade, car il n'y a pas lieu de laisser un foyer gangréneux, même extériorisé et parce qu'il n'est pas possible d'envisager la récupération du côlon malade.

Voyons maintenant, pour terminer ce chapitre des perforations sigmoïdiennes, les perforations particulières.

c) *Les perforations exceptionnelles.*

C'est-à-dire les perforations au cours du lavement baryté et au cours de la rectosigmoïdoscopie.

1) Les perforations du lavement baryté :

Le traitement reste discuté. La conduite est très variable (Detrie). Seules comptent la résistance du malade et la précocité

du traitement (pour Hermann la mortalité tombe de 94 à 57 % par les antibiotiques si l'on opère avant la 6e heure).

Au moindre doute, il faut faire une laparotomie.

— La résection d'emblée avec rétablissement immédiat de la continuité sous couvert d'une dérivation contemporaine a été pratiquée plusieurs fois. Elle n'est pas à conseiller là encore.

a) Sicard fit une résection d'emblée avec fixation des deux bouts à la peau et obtint la guérison.

b) Nous trouvons un cas dans nos observations (obs. 53) où l'on fut obligé de pratiquer une amputation abdomino-périnéale du rectum et qui se termina par le décès.

— La plupart des chirurgiens préfèrent les interventions très limitées. Le traitement doit comprendre à notre avis :

a) La suture de la perforation qui, ici, est en général possible.

b) Une aspiration très soigneuse de la cavité abdominale pour retirer le plus possible de baryte. Elle est en général incomplète.

c) Antibiotiques locaux en abondance.

d) Drainage aspiratif protégé par des mèches.

e) Enfin, colostomie d'amont de principe.

Detrie conseille le simple drainage par Mickulicz et anus gauche sur baguette.

Gastaud écrit que le simple drainage et la dérivation sont le maximum des gestes permis. Il a guéri ainsi une femme de 93 ans.

Kleinsasser et Warshaw ont guéri un cas par suture et aspiration de la baryte.

L. Hermann conseille de fermer la brèche.

Grillo et Nardi, le plus souvent suture de la perforation qui est en général possible. Dans les cas graves, colostomie transverse et drainage sont préférables. Ils rapportent 17 cas dont 2 par Sigmoïdite. Un opéré de 68 ans guérit par simple colostomie transverse.

Sénèque et Crépy : suture si possible ou extériorisation. Résection uniquement de nécessité.

— Là encore, tout dépend de l'étendue et du siège des lésions.

a) Lésion limitée, haute, traitable par un geste limité : suture associée à la dérivation.

b) Lésion étendue, haute, extériorisable.

c) Lésion limitée, basse, isolable et dérivable.

d) Lésion étendue sigmoïdo-rectale, gangréneuse, nécessitant l'exérèse quand même.

Quand les accidents aigus sont passés, la dérivation suffit souvent à assurer la guérison. L'anus doit être fermé longtemps après, si la radiographie montre un sigmoïde normal. Dans le cas contraire, il faut pratiquer une résection secondaire.

2) Les perforations au cours de la recto-sigmoïdoscopie.

— L'abstention chirurgicale, jadis proposée, est à rejeter. Il faut opérer dès que possible.

Haas donne le pourcentage suivant si l'opération est pratiquée la 1re heure : 8 % de décès ; de la 2e à la 6e heure : 32 % de décès ; de la 6e à la 12e heure : 50 % de morts ; au delà de la 12e heure :75 % de décès.

Belding rapporte un cas guéri par résection en un temps.

— Le traitement conservateur est préférable. La suture est le plus souvent possible, associée à la dérivation et au drainage : L. Hermann guérit un cas par suture ; Haas guérit aussi un cas par suture associée à une cæcostomie.

Nous venons de voir les indications du traitement dans les péritonites. Etudions maintenant une autre complication, les abcès.

B) Les abcès

Ils peuvent se résorber, mais la plupart du temps, ils ont tendance à s'ouvrir dans un viscère creux de voisinage (vessie, grêle) ou à la peau, créant alors des fistules.

Le traitement est différent selon que l'abcès est au stade de plastron ou qu'il est collecté. De toute façon, celui-ci sera conservateur. Il est impensable de pratiquer une colectomie au contact d'un foyer purulent (Schlike et Logan sont pourtant partisans de la résection en un temps).

a) *Au stade de plastron.*

L'abstention est la règle. Il faut refroidir. Le traitement est médical : antibiothérapie intensive en associant les différents antibiotiques, diète et repos au lit, glace sur l'abdomen.

Evolution (on aura entre temps fait le diagnostic de Sigmoïdite par la radiographie) :

— Parfois, ce traitement amène une résolution, les antibiotiques faisant régresser la Péri-Sigmoïdite plastique.

— Le plus souvent, l'inflammation ne cède pas, il faut alors intervenir et établir une dérivation, en continuant le traitement médical (celle-ci sera refermée au minimum après 3 mois ou bien on pratiquera une résection secondaire).

b) *Au stade d'abcès collecté.*

Que l'on ait fait le diagnostic de Sigmoïdite ou que l'on intervienne sans étiologie précise, il faut inciser et drainer.

Le drainage de l'abcès doit s'accompagner de la dérivation, celle-ci ne pourra pas, dans la plupart des cas, être faite au contact des lésions. Aussi, est-ce à ces malades que nous réservons l'anus transverse droit.

— L'incision. Elle est facile lorsque la collection bombe dans la fosse iliaque gauche, le flanc gauche ou la fosse lombaire ; elle est plus délicate lorsqu'elle est pelvienne, sous-péritonéale ; si elle fuse dans la fosse ischio-rectale : chez l'homme, la voie d'abord peut être périnéale, pré ou rétro-rectale, parfois même à travers la fosse ischio-rectale et le diaphragme des releveurs. Chez la femme, on utilise la voie vaginale.

— Le drainage. Il doit être large, après avoir effondré au doigt toutes les logettes purulentes, en évitant la grande cavité.

— Conduite secondaire. Lorsque la suppuration est tarie, faut-il refermer l'anus ? Nous pensons que oui, si les radiographies l'autorisent, car la colectomie secondaire est rendue difficile par les adhérences nombreuses, à la parois, et aux organes voisins et par la rétraction importante du méso. Pourtant Prat, Lepère, Bertrand, Deloyers, Sénèque et Crépy la conseillent. Elle est indispensable si les lésions ne cicatrisent pas complètement à la radiographie, ou s'il existe une possibilité de néoplasie.

Dans nos observations, nous trouvons deux formes abcédées (obs. 38 et 43) qui ont guéri après drainage et colostomie, mais dans les deux cas, on note un lâchage successif des sutures nécessitant plusieurs interventions ; dans le second cas, le malade est toujours porteur d'un anus.

Nous terminons là ce chapitre des indications thérapeutiques dans les abcès. Voyons maintenant ces indications dans les fistules.

C) Les fistules

Nous allons étudier les fistules stercorales, les fistules sigmoïdo-vaginales, les fistules sigmoïdo-intestinales et enfin les fistules sigmoïdo-vésicales.

1° *Les fistules stercorales.*

Spontanées ou succédant à un abcès, elles sont le plus souvent post-opératoires.

Leur traitement n'est pas urgent, mais il est uniquement chirurgical, car le traitement médical ne donne aucun résultat.

Beaucoup de ces fistules se ferment spontanément, ce qui fait qu'il est nécessaire de temporiser longtemps en favorisant la constipation. Si, au bout de six mois, la fistule persiste, il faudra en premier lieu établir une *dérivation* qui est toujours à essayer. Si elle ne guérit pas l'affection et qu'il persiste des

signes radiologiques de Sigmoïdite, il faudra faire une *colectomie secondaire*. Celle-ci est en général rendue assez difficile par de nombreuses adhérences, elle doit toujours être protégée par un anus qui sera fermé dans un troisième temps. Cette attitude est celle de Sénèque et de Deloyers. Nous y souscrivons.

Nous avons eu 2 fistules stercorales dans nos observations (obs. 52 et 54) dont l'une a guéri par simple mise à plat et dérivation.

2° *Les fistules sigmoïdo-vaginales.*

Elles constituent une infirmité extrêmement pénible. Elles posent un problème chirurgical difficile à cause du siège bas de la fistule sur le sigmoïde.

— Il faut d'abord patienter, car la fistule peut se fermer seule.

— Sinon, on interviendra pour essayer de libérer le côlon pelvien.

— Lorsque cette libération est possible, on peut : soit fermer l'orifice colique et drainer le vagin (Prat), soit fermer les deux orifices, colique et vaginal.

— Lorsque la libération est impossible, la dérivation externe, associée au traitement médical, assure en général la guérison de la fistule. Néanmoins, les lésions sont trop évoluées, le plus souvent, pour que l'on puisse se contenter de procédés conservateurs. Force sera, dans un deuxième temps, de faire une colectomie, qui sera difficile, car les lésions sont basses, et qui devra être, le plus souvent, associée à une hystérectomie qui facilitera l'abord et la péritonisation (Sénèque et Crépy).

3° *Les fistules sigmoïdo-intestinales.*

Elles nécessitent un traitement chirurgical précoce, car elles entraînent une dénutrition rapide et qu'elles laissent planer un doute sur la possibilité d'un Cancer perforé. Russel-Bert, à propos de 4 cas, établit la conduite à tenir la plus logique, à laquelle, comme Sénèque et Crépy, nous nous rangeons.

— En cas de lésions peu importantes : séparer les deux organes et faire une colorraphie et une iléorraphie. Si cette dernière risque d'entraîner un rétrécissement, on n'hésitera pas à réséquer. Si la colorraphie paraît difficile ou fragile, on établira un anus transverse droit ou iliaque gauche.

— En cas de gros foyer inflammatoire : l'action directe en un temps est à déconseiller. Le principe de la cure de la fistule est le suivant :

a) 1er temps : faire une *entéro-entérostomie* latéro-latérale aux pieds de l'anse fistulisée pour court-circuiter la fistule. Elle empêche le contenu du grêle d'aller dans le côlon.

b) Dans le même temps : faire une *colostomie* d'amont pour mettre au repos la lésion sigmoïdienne.

c) Plus tard, dans un deuxième temps, résection iléo-sigmoïdienne.

4° *Les fistules sigmoïdo-vésicales.*

Ce sont les fistules les plus graves, elles n'ont aucune tendance à se fermer spontanément ; bien au contraire, le risque d'infection urinaire ascendante oblige à les opérer rapidement.

— Le traitement médical n'est utile que pour préparer l'intervention et parfaire son action. Il ne sera appliqué seul qu'en cas de cachexie ou chez des sujets trop âgés (cas de notre observation n° 6) que l'on ne peut opérer.

— Les classiques se contentaient de mettre une sonde vésicale à demeure. Celle-ci évite l'infection urinaire ascendante, associée aux lavages vésicaux et aux désinfectants urinaires et intestinaux. Bien que Prat ait obtenu ainsi 2 guérisons et une amélioration, ce traitement est le plus souvent voué à l'échec et aux récidives.

— Donc, il faut opérer ces malades. Que faire ?

1) En cas de lésions minimes et limitées : associer une colostomie d'amont, une sonde vésicale à demeure et des antibiotiques, à la fois par voie générale, mais aussi par les lavages vésicaux. Deloyers est très partisan de cette méthode dans ce cas.

2) En cas de lésions plus importantes : colostomie transverse droite de principe, séparation de la vessie et du sigmoïde, excision des deux orifices fistuleux, suture des deux orifices. La cystorraphie se fait en trois plans avec sonde à demeure (on peut être amené à faire des cystectomies partielles). La colorraphie se fait en un ou deux plans. Toujours drainer le péritoine (Arnous a perdu un malade de péritonite).

Delgado et Maghenzani ne font pas de dérivation pour un cas guéri qu'ils publient.

3) *En cas de lésions étendues,* avec nombreuses adhérences,

a) La colectomie d'emblée ne se justifie pas (bien que sur 3 fistules, nous en avons 2 guéries par colectomie d'emblée, obs. 7 et 62). Elle est souvent très difficile et peut être trop limitée, en particulier s'il existe un Cancer ou que persiste un doute à son sujet. De nombreux auteurs, cependant, la préconisent.

— Lepère pense que la colectomie est le geste essentiel, associée à la cystorraphie.

— Mayfield et Waugh, même opinion. Sur 32 cas, ils ont eu 28 guérisons de la fistule et 3 morts opératoires.

— Mayo et Blunt, Waugh et Walt sont aussi de cet avis.

b) Il n'en est pas de même de l'exérèse secondaire :

— Sénèque et Crépy, Latifi, Quenu, Bessi, Soupault,

Gouverneur pensent que la colostomie seule est peu efficace et incapable de guérir une fistule sigmoïdo-vésicale. Elle doit néanmoins précéder toute autre thérapeutique (Cottalorda, Devaux, Bertrand).

— Lamphier et Tierney réséquent le sigmoïde mais sous anus préalable (3 cas opérés, 3 succès).

— Delannoy et Soots : intervenir en plusieurs temps, c'est-à-dire qu'il faut toujours faire précéder d'une dérivation colique.

— Prat : dériver + sonde à demeure ; cure radicale secondaire.

— Deloyers : dériver + sonde à demeure ; puis colectomie + suture vésicale, sous couvert d'anus, puis fermeture de l'anus.

— Abeshouse, Robbins, Gann font un traitement en plusieurs temps (6 cas = 1 décès). Colostomie, puis excision du trajet fistuleux avec si besoin résection sigmoïdienne, enfin fermeture de la colostomie.

— Macquet (4 observations). La dérivation doit précéder toute thérapeutique. Le mieux est l'anus iliaque gauche, près de la lésion (il est de l'avis de notre Maître le Professeur Carcassonne).

c) Nous conseillons donc un traitement en trois temps :

- mise au repos de l'intestin par colostomie d'amont, de la vessie par sonde à demeure.
- trois semaines après, systématiquement : colectomie secondaire qui pourra associer une cystectomie partielle.
- fermeture de la dérivation intestinale.

C'est la conduite suivie par Dubost.

Nous venons de voir les formes fistulisées. Etudions maintenant les formes occlusives.

D) Les occlusions

Ce qui compte, c'est la complication et non sa cause (Deloyers). Il faut faire cesser l'occlusion par un traitement médical énergique suivi d'une dérivation externe d'amont, ce qui permet de parfaire, par la radiographie, le diagnostic et en particulier d'éliminer le Cancer. Il faut traiter la lésion en période de rémission, si la colostomie n'a pas suffi.

Ces formes occlusives sont le fait d'occlusions du grêle ou sont uniquement coliques.

1° *Les occlusions du grêle*

Le diagnostic d'occlusion du grêle ne doit pas prêter à confusion avec celui d'occlusion du gros intestin. Si dans le deuxième cas, l'intervention peut être retardée quelque peu, il n'en est pas de même pour le premier où l'intervention d'urgence s'impose.

La conduite à tenir est simple :

— laparotomie ;

— libération ou plus souvent résection du grêle ;

— colostomie de principe (c'est aussi l'opinion de Deloyers et de Bodon et Lapuz).

L'anse grêle peut être au contact du foyer sigmoïdien ou loin de lui.

— Au contact, c'est une anse qui participe à la formation du gâteau de péritonite plastique encapsulante. Dans ces cas, on trouve une adhérence de surface, plutôt qu'une bride. La libération de cette anse de son accolement au sigmoïde peut être dangereux et difficile et il faut parfois réséquer le grêle.

— Loin du sigmoïde, c'est qu'il y a eu des phénomènes de péritonite généralisée plus ou moins apparente, une réaction fibrineuse suivie d'une organisation fibreuse locale, avec constitution de brides et d'adhérences. L'intervention est simple, elle consiste à libérer ces adhérences et à sectionner la ou les brides, à détordre ou réséquer un volvulus.

La laparotomie exploratrice indiquée par l'urgence grêle permet de voir les lésions sigmoïdiennes. Devant des lésions importantes, on associera au geste portant sur le grêle une colostomie.

2° *Les occlusions coliques*

C'est la complication la plus courante des Sigmoïdites. C'est celle qui donne son allure clinique aux formes pseudo-néoplasiques.

Le diagnostic de Cancer est le plus souvent porté. La dérivation externe trouve ici sa meilleure indication, car elle fait cesser les signes occlusifs, elle permet de confirmer le diagnostic de Sigmoïdite par la régression des signes radiologiques sous dérivation et enfin, elle prépare l'intestin à une intervention curative secondaire, si on la juge nécessaire, car elle peut suffire, associée au traitement médical, à guérir ces malades.

Ces occlusions se voient dans les formes sténosantes pures ou dans les formes tumorales des Sigmoïdites. La plupart du temps, sténose et tumeur sont réunies, comme nous l'avons vu dans les aspects cliniques. Nous allons les étudier séparément.

a) *Les formes sténosantes.*

Il faut commencer par un traitement médical. Il comprend : l'aspiration duodénale continue, antispasmodiques (Atropine I.V., Buscopan ou Surparine), anti-infectieux (Néomycine + Ganidan).

Ce traitement suffit souvent à faire céder la sténose. S'il se montre insuffisant ou si les signes occlusifs recommencent,

il faut dériver. L'intervention est plus ou moins indiquée s'il s'agit d'une occlusion aiguë ou d'une occlusion chronique.

— *Dans les occlusions aiguës,* le traitement médical doit être entrepris en urgence et en milieu chirurgical, mais il ne doit être considéré que comme un traitement d'appoint. Si après quelques heures, il échoue et si l'on trouve des niveaux liquides à la radiographie de l'abdomen sans préparation, il est nécessaire de pratiquer un anus iliaque gauche ou un anus transverse droit (le lavement baryté ayant montré que la lésion se situait au niveau du sigmoïde).

— *Dans les occlusions chroniques* à poussées successives, la dérivation a, là encore, la première place, colostomie droite ou gauche ou même cæcostomie. Nous avons cinq guérisons par cette méthode : deux suivies de résection secondaire (obs. 24 et 37) et trois par cæcostomie seule (obs. 48, 60, 63).

La dérivation ne compromet pas l'avenir, bien au contraire :

— ou bien il s'agit d'un cancer (prouvé par la radiographie et la non-régression de ces signes sous dérivation), on pratiquera secondairement, sur un malade réanimé, un intestin plat et aseptisé, une hémicolectomie gauche.
— ou bien il s'agit d'une simple Sigmoïdite (diminution, puis disparition des signes radiologiques sous dérivation), deux éventualtés.

1) La colostomie peut être refermée après un délai de 6 mois minimum, si on a confirmé la guérison.

2) Ou bien, le plus souvent dans ces formes sténosantes, résection secondaire du sigmoïde à froid, sous couvert de l'anus (que l'on refermera dans un troisième temps), s'il persiste des lésions résiduelles afin d'éviter une récidive. (Comme Lepère, Schlike et Logan, préférer la résection secondaire de principe.)

b) *Les formes tumorales.*

Le problème est de savoir s'il s'agit d'une tumeur inflammatoire ou d'un Cancer et d'autre part, s'il n'y a pas association des deux maladies.

1) En cas de diagnostic hésitant, on pense le plus souvent à un Cancer et l'on pratique une laparotomie exploratrice (celle-ci a été faite 20 fois dans nos observations avec le diagnostic de Cancer au départ (obs. 11, 12, 21, 22, 25, 27, 30, 34, 35, 36, 37, 39, 44, 45, 46, 50, 51, 54, 58, 60). A ventre ouvert, deux cas se présentent.

— On établit le diagnostic de Sigmoïdite devant l'importance de la tumeur (obs. 34 et 60), sa fixité, ses adhérences, devant l'infiltration du méso, des ganglions mous et gros, des abcès dans un magma inflammatoire. Dès lors, un seul geste : dériver par un anus iliaque gauche ou transverse droit.

— Ou bien le doute persiste. Il faut là aussi faire une colostomie. C'est l'évolution sous dérivation qui précisera le diagnostic. La diminution, sinon la disparition de la masse tumorale, la régression des signes radiologiques et la reprise de l'état général, en moins de un mois après la dérivation, font rectifier l'erreur en faveur de la Sigmoïdite. Cette colostomie entraîne alors la guérison ou bien elle prépare à une résection secondaire.

En cas de confirmation du Cancer, elle ne fait pas perdre trop de temps et permet d'opérer dans de bonnes conditions.

Nous pensons toutefois que si après dérivation externe, un doute persiste sur l'éventualité clinique ou radiologique d'un néoplasme, il est nécessaire de pratiquer une résection secondaire. L'histologie précisera alors le diagnostic exact.

2) Lorsque le diagnostic de tumeur inflammatoire est fait avant l'intervention, la dérivation externe s'impose, suivie d'une surveillance clinique et radiologique et d'un traitement par la Néomycine.

— Si elle amène une amélioration nette, il faudra refermer la colostomie. Bremen et Flamand recommandent d'être très prudent. Ils évitent le plus souvent la résection secondaire, à l'inverse de Lepère, de Sénèque et Crépy.

— Si la dérivation n'amène pas d'amélioration ou si celle-ci est insuffisante après 6 mois, la colectomie secondaire est alors indiquée.

Dans nos observations, nous trouvons 28 formes pseudo-néoplasiques ; nous avons obtenu 21 guérisons, 5 morts, 2 améliorations dont l'une va être réséquée secondairement (obs. 64).

Les traitements appliqués furent les suivants :

1° *Traitement médical seul :* 2 fois. Une guérison (obs. 5) ; une amélioration (obs. 33).

2° *Dérivation seule :* 11 fois. 9 guérisons (obs. 25, 34, 48, 50, 51, 58, 59, 60 et 63) ; 1 décès (obs. 13) ; une amélioration qui va être réséquée (obs. 64). Il est à noter que dans l'observation 59, la dérivation externe (anus transverse droit) a été associée à une dérivation interne transverso-rectale.

3° *Dérivation et résection secondaire :* 8 fois. 6 guérisons (obs. 21, 30, 35, 36, 37 et 54) ; 2 décès (obs. 4 et 22).

4° *Résection avec dérivation contemporaine :* 5 fois. 4 guérisons (obs. 44, 45, 46, 61) ; 1 mort (obs. 11).

5° *Résection sans anus :* 2 fois. 1 guérison (obs. 12) ; 1 décès après récidive, malgré résection large, dérivation secondaire (obs. 39).

Telles sont les indications dans les formes occlusives : voyons quelle est la conduite à tenir en cas de formes hémorragiques.

E) Les hémorragies

Nous en avons 3 cas (obs. 16, 24, 26) tous guéris. Il faut d'abord rattacher ces hémorragies à leur cause, après avoir éliminé un Cancer ; ensuite, leur appliquer une thérapeutique efficace. Celle-ci varie selon l'importance de l'hémorragie et surtout la façon dont elle réagit au traitement médical. Trois cas peuvent se présenter :

1° *Cas légers.*

Abstention chirurgicale, mais traitement médical comprenant repos au lit, diète, glace sur l'abdomen, les médications habituelles favorisant la coagulation (Arrhémapectine par la bouche, 6 à 8 ampoules par jour, Vitamine K, Naphtionine intra-veineuse, Adrénoxyl), des transfusions sanguines, de remplacement ; associer le traitement anti-inflammatoire de la Sigmoïdite, en particulier Néomycine.

Ce traitement est en général suffisant et n'a pas besoin d'être complété par une intervention (Knight, Early, Deloyers, Noar, qui a eu ainsi 14 guérisons sur 20 formes hémorragiques). C'est le cas d'une de nos observations (obs. 16).

2° *La persistance ou la reproduction de l'hémorragie,*

malgré le traitement médical, doit faire pratiquer, la main forcée, une laparotomie.

Bien que Knight ait guéri deux cas d'hémorragies massives par colostomie, alors la colectomie donnerait d'excellents résultats. C'est l'avis de Knight, de Deloyers, de Lepère.

Early l'a pratiquée 7 fois sur 23 formes hémorragiques ; il a eu 3 décès.

Noar : 6 fois sur 20 hémorragies, 3 fois en urgence : 3 décès, 3 autres résections amenant chaque fois la guérison.

Schlike et Logan : 13 résections en un temps pour des formes hémorragiques : aucun décès.

Donc l'opération la plus logique serait la résection en un temps. Un de nos cas avait été colostomisé (obs. 24), la Sigmoïdite récidiva et nécessita d'abord une colostomie suivie de colectomie secondaire. Le troisième de nos cas (obs. 26) a guéri par la résection de deux diverticules.

3° *Enfin, l'hémorragie peut être massive.*

Il est rare que par leur abondance, ces hémorragies nécessitent une colectomie d'hémostase en urgence.

Cate a guéri ainsi un malade ; par contre, Noar l'a tentée 3 fois et a eu 3 décès.

En fait, les hémorragies des Sigmoïdites diverticulaires, si elles ne sont pas le symptôme d'un néoplasme, et en ce cas elles nécessitent évidemment l'exérèse, ressortissent le plus souvent de l'infection. Il est rare de trouver le point qui saigne ; c'est la raison pour laquelle, à l'heure actuelle, le risque néoplasique éliminé, elles ne représentent pas pour nous une raison de plus d'exérèse.

Telles sont les formes hémorragiques où le traitement doit être avant tout médical : celui-ci suffit le plus souvent, sinon il prépare une intervention qui est une colectomie. Voyons, pour en terminer avec les indications thérapeutiques selon les formes cliniques, les formes associées au Cancer.

F) Les Sigmoïdites associées au Cancer

Les auteurs sont tous d'accord sur le fait que le Cancer seul domine dans ce cas. Le traitement vise plus le Cancer que la Sigmoïdite.

— Si le diagnostic d'association est fait avant l'opération, nous sommes d'accord avec Bertrand, car la dérivation préalable s'impose. Elle permet une préparation locale et générale à l'opération d'exérèse secondaire, car le Cancer n'exclut pas les décisions propres à la Sigmoïdite.

La colectomie secondaire, après un délai assez court (trois semaines au maximum), doit satisfaire aux données carcinologiques. Ce n'est pas une colectomie segmentaire, mais une hémicolectomie gauche emportant le méso et les lymphatiques qui se termine par une anastomose termino-terminale ou latéro-latérale.

— Si le diagnostic d'association n'a pas été fait auparavant et qu'il soit le résultat d'une laparotomie exploratrice, l'hémicolectomie gauche peut se pratiquer alors d'emblée, sous couvert d'une dérivation contemporaine.

Bertrand et Devaux, pour 16 cas de laparotomies exploratrices, ont trouvé 10 Sigmoïdites pures et 6 Cancers associés.

Pour Pemberton, le Cancer est ainsi découvert dans 25 % des cas.

En fait, lors de l'association Sigmoïdite + Cancer, il est rare que les conditions générales et locales soient celles qui doivent présider à une hémicolectomie gauche. Le plus souvent, on est intervenu pour une occlusion, une péritonite, un abcès et force sera de recourir à la dérivation externe, qui éclaircit la situation et permet une exérèse secondaire réglée.

Les cas justiciables de l'hémicolectomie gauche d'emblée sont ceux de Cancers associés à des lésions de voisinage de

Sigmoïdite, lésions limitées et par conséquent contingentes qui, en elles-mêmes, n'auraient pas exigé de temps particulier.

Dans nos observations, nous trouvons quatre cas d'association des deux maladies :

1) Observation 15 : traitement médical à cause d'un Sarcome du fémur.

2) Observation 17 : refus de la colectomie par le malade. Traitement médical : amélioration.

3) Observation 27 : Cancer *in situ*, après résection de deux diverticules. Hémicolectomie gauche et appendicectomie. Mort 55 mois après de métastases péritonéales.

4) Observation 31 : résection colique large. Amélioration.

Nous en terminons là avec les indications thérapeutiques selon les formes cliniques. Envisageons maintenant les indications tactiques.

b) **Les indications tactiques synthétiques**

Il existe un traitement médical et un traitement chirurgical.

1) TRAITEMENT MEDICAL

Il doit toujours être appliqué seul ou combiné au traitement chirurgical (pré et post-opératoire). Il repose essentiellement sur la Néomycine.

— Dans les Sigmoïdites aiguës, l'abstention chirurgicale est la règle, même dans les formes avec plastron de la fosse iliaque gauche.

— Dans les Sigmoïdites chroniques, le traitement médical doit toujours être entrepris et longtemps continué, sous surveillance clinique et radiologique régulière.

2) TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il possède des indications indiscutables et des indications discutables.

a) Indications indiscutables.

Elles le sont en urgence ou de nécessité.

D'urgence, ce sont :

— Les Sigmoïdites perforées dans lesquelles il faut tout d'abord dériver et drainer ou, si possible, extérioriser. Secondairement, on envisagera si nécessaire un traitement curatif.

— Les abcès. Drainage associé à la dérivation des matières sont les gestes les plus rationnels.

De nécessité. Ce n'est plus ici un problème d'urgence. Le traitement médical aura déjà été institué.

— Les formes fistulisées, parmi lesquelles les fistules stercorales, lorsqu'elles ne sont pas fermées spontanément, mais surtout les fistules sigmoïdo-vésicales.

— Les occlusions aiguës, après échec du traitement médical, il faut dériver.

— L'association Sigmoïdite et Cancer, nécessitant une hémicolectomie gauche.

b) Indications discutables.

Au cours des Sigmoïdites aiguës, il faut intervenir, c'est-à-dire faire une colostomie dans les formes avec atteinte marquée de l'état général et où apparaissent des signes péritonéaux. De même dans les formes à rechutes, ainsi que lorsque par le traitement médical, on n'obtient pas une rémission franche et qu'il persiste des signes radiologiques.

Au cours des Sigmoïdites chroniques, il faut opérer :

— Lorsque le diagnostic est hésitant avec un Cancer, en particulier dans les formes tumorales ;

— Lorsque le traitement médical n'a pas agi ou seulement imparfaitement ;

— Enfin, dans les formes occlusives à répétition.

Dans ces cas, la dérivation est la meilleure indication, associée au traitement médical qu'elle complète, ou préparant une résection secondaire.

Quant au choix entre la dérivation externe et la résection, de même que leurs modalités, nous les considérerons plus loin, lors de l'étude des résultats.

En conclusion on peut, avec Neal, estimer que le traitement chirurgical des Sigmoïdites demande au chirurgien « bon sens et science ». En général, la chirurgie n'est indiquée qu'en cas de complications (perforations aiguës, occlusions, abcès, fistulisations, coexistence d'un Cancer).

La résection ne doit jamais être tentée en présence de phénomènes inflammatoires actifs, de même que dans les cas d'occlusion. Le traitement d'urgence consistera en une fistulisation, de préférence sur le côlon iliaque gauche, très près des lésions. Ce n'est que six mois après que l'on pourra tenter soit, le plus souvent possible, de fermer l'anus, soit de réséquer le segment malade.

Nous venons de voir les indications thérapeutiques des Sigmoïdites, étudions maintenant les résultats de ce traitement, à propos de nos 64 observations.

III. - LES RÉSULTATS

Nous analyserons nos résultats à propos de nos 64 observations, puis nous en tirerons quelques conclusions sur la thérapeutique, c'est-à-dire le problème des récidives. En fonction de ces récidives, nous conclurons sur la place respective des deux grandes méthodes chirurgicales : dérivation externe et résection.

a) Nos résultats

Nous analyserons nos résultats à propos de 64 observations de Sigmoïdites réparties ainsi :

1) FORMES AIGUES ..... 9 cas
Observations 2, 3, 9, 10, 18, 19, 23, 56, 57.

2) FORMES HEMORRAGIQUES ..... 3 cas
Observations 16, 24, 26.

3) FORMES PERFOREES ..... 15 cas
Observations 1, 8, 14, 20, 28, 29, 32, 40, 41, 42, 47, 49, 52, 53, 55.

4) FORMES ABCEDEES ..... 2 cas
Observations 38, 43.

5) FORMES FISTULISEES DANS LA VESSIE ..... 3 cas
Observations 6, 7, 62.

6) FORMES PSEUDO-NEOPLASIQUES ..... 28 cas
Observations 4, 5, 11, 12, 13, 21, 22, 25, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 44, 45, 46, 48, 50, 51, 54, 58, 59, 60, 61, 63, 64.

7) FORMES ASSOCIEES AU CANCER ..... 4 cas
Observations 15, 17, 27, 31.

Nous verrons d'abord les résultats globaux, puis les résultats détaillés, selon les formes cliniques ; enfin, les résultats selon les méthodes thérapeutiques utilisées.

1° RESULTATS GLOBAUX

Sur 64 observations, nous avons obtenu :

47 GUERISONS.
Observations 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63.

5 AMELIORATIONS (c'est-à-dire les cas qui, malgré guérison apparente, conservent des signes radiologiques ou d'autres associations).

Observations 17, 18, 31, 32, 64.

12 DECES.

Observations 1, 4, 6, 11, 13, 14, 15, 22, 27, 32, 39, 53.

Les causes des morts furent :

— 3 occlusions post-opératoires (obs. 1, 4, 11).
— 2 Cancers associés (obs. 6, 27).
— 1 Sarcome du fémur (obs. 15).
— 1 embolie pulmonaire post-opératoire (obs. 22).
— 1 affection pulmonaire intercurrente (obs. 39).
— 1 perforation après lavement baryté : choc opératoire (obs. 53).
— 1 urémie au 8e jour (obs. 32).
— 1 désunion pariétale et insuffisance cardiaque (obs. 14).
— 1 choc et occlusion : 8 jours après anus transverse (obs. 13).

12 INCIDENTS.

— 4 récidives :
  — 2 après colostomie (obs. 24 et 52).
  — 2 après résection (obs. 23 et 39).
— 2 lâchages de sutures successifs (obs. 38 et 43).
— 3 suites opératoires troublées (obs. 20, 23 et 44).
— 1 rétrécissement après colectomie (obs. 61).
— 1 fistule stercorale (obs. 54).
— 1 guérison clinique avec persistance des signes radiologiques (obs. 3).

2° RESULTATS EN FONCTION DES FORMES CLINIQUES

a) Formes aigues : 9 cas, 8 guérisons, 1 amélioration (obs. 18, 1 récidive (obs. 23).

Toutes, sauf une, ont eu uniquement un traitement médical.

Dans l'observation 23, une première résection large fut suivie d'une récidive pour laquelle on réséqua un diverticule avec iléostomie complémentaire. Guérison.

b) Formes hémorragiques : 3 cas, 3 guérisons, 1 récidive (obs. 24).

— 1 traitement médical (obs. 16).
— 1 colostomie (obs. 24) ; récidive : cæcostomie, suivie de résection secondaire.
— 1 résection de deux diverticules (obs. 26).

c) Formes perforées : 15 cas, 11 guérisons, 1 morts, 1 récidive (obs. 52).

— 3 dérivations seules :
Obs. 1 (décédé).
Obs. 14 (décédé).
Obs. 52 ; récidive : 2e colostomie.
— 2 dérivations + drainage :
Obs. 8.
Obs. 32 (décédé).
— 1 ligature de la base d'un diverticule + enfouissement (obs. 20).
— 1 dérivation + suture : obs. 28.
— 6 extériorisations : obs. 29, 40, 41, 42, 47, 55.
— 1 traitement médical : obs. 49.
— 1 amputation abdomino-périnéale d'urgence : obs. 53 (décès).

d) Formes abcédées : 2 cas, 2 guérisons.

— Obs. 38 : drainage + anus transverse droit.
— Obs. 43 : drainage + résection secondaire.
Toutes les deux ont été suivies de lâchage de sutures et de plusieurs tentatives infructueuses de fermeture.

e) Fistules sigmoïdo-vésicales : 3 cas, 2 guérisons, 1 décès.

— Obs. 6 : traitement médical. Décès par vieillesse et tumeur villeuse dégénérée du rectum.
— Obs. 7 : cystectomie partielle et résection colique.
— Obs. 62 : séparation, cystorraphie, résection colique et fistule cæcale.

f) Formes pseudo-néoplasiques : 28 cas, 21 guérisons, 5 décès, 2 améliorations (obs. 33 et 64), 1 récidive (obs. 39).

— 2 traitements médicaux : 1 guérison, 1 amélioration.
Observations 5 et 33 (améliorée).
— 11 dérivations : 9 guérisons, 1 décès, 1 amélioration à réséquer secondairement).
Observations 13 (décès), 25, 34, 48, 50, 51, 58, 59, 60, 63, 64 (améliorée).
— 8 dérivations avec résection secondaire : 6 guérisons et 2 décès.
Observations : 4 (décès), 21, 22 (décès), 30, 35, 36, 37, 54.
— 5 résections avec dérivation contemporaine : 4 guérisons et 1 décès.
Observations 11 (décès), 44, 45, 46, 61.
— 2 résections sans dérivation : 1 guérison, un décès après récidive.
Observations 12 et 39 (décès).

g) Formes associées au Cancer : 4 cas, 2 décès, 2 améliorations.

— 2 traitements médicaux :

Obs. 15 : décès.

Obs. 17 : amélioration.

— 2 résections larges :

Obs. 27 : décès 55 mois après.

Obs. 31 : amélioration.

3° RESULTATS EN FONCTION DES METHODES THERAPEUTIQUES UTILISEES

Quatre méthodes ont été appliquées : le traitement médical seul, la dérivation seule, la résection et enfin l'extériorisation.

Certains malades ayant eu des récidives ou des opérations multiples, le chiffre des traitements dépasse donc celui de nos observations.

1) Traitement médical seul : 15 fois (obs. 2, 3, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 19, 33, 49, 56, 57). Il a donné :

— 10 guérisons.

— 3 améliorations (obs. 17, 18, 33) dont l'une pour une Sigmoïdite avec Cancer associé (obs. 17).

— 2 décès :

Obs. 6 : tumeur villeuse du rectum dégénérée associée.

Obs. 15 : Cancer associé.

2) Dérivation seule : 20 fois.

Observations 1, 8, 13, 14, 24, 25, 28, 32, 34, 38, 39, 48, 50, 51, 52, 58, 59, 60, 63, 64. Elles ont donné :

— 15 guérisons.

— 1 amélioration (obs. 64 qui doit être réséquée secondairement).

— 4 décès (obs. 1 par occlusion secondaire ; obs. 13, décès au 8e jour dans un tableau d'occlusion ; obs. 14, décès 2 mois après par désunion pariétale et insuffisance cardio-pulmonaire ; obs. 32, au 8e jour par urémie).

— 2 récidives (obs. 24 et 52).

3) Les résections : 26 fois, donnant 19 guérisons, 6 morts, 1 amélioration et 2 récidives.

Ces résections se divisent en trois groupes :

a) *Résection sans dérivation :* 6 fois.

— 3 guérisons.

— 2 morts (obs. 27 : décès 55 mois après de métastases d'un Cancer associé, et obs. 39 : décès 6 mois plus tard d'une affection pulmonaire évolutive : tuberculose).

1 récidive (obs. 39).

— 1 amélioration (obs. 31, Cancer associé).

b) *Résections secondaires après dérivation :* 9 fois.

Observations 4, 21, 22, 24, 30, 35, 36, 37, 54, et une résection à faire (obs. 64). Les résultats furent :

— 7 guérisons.

— 2 décès (obs. 4 : décès par occlusion du grêle ; obs. 22 : embolie pulmonaire au 3e jour).

c) *Résections avec dérivation contemporaine :* 11 fois.

Observations 7, 11, 23, 27, 43, 44, 45, 46, 53, 61, 62.

— 9 guérisons.

— 2 décès (obs. 11 par iléus et hyperthermie ; obs. 53, décès l'après-midi par choc opératoire pour amputation abdomino-périnéale du rectum après perforation du lavement baryté).

— 1 récidive (obs. 23).

d) *Les extériorisations :* 6 fois.

Observations 29, 40, 41, 42, 47, 55). Il y eut 6 guérisons, pas de décès.

Nous récapitulons ces résultats en fonction des traitements appliqués dans le tableau ci-contre.

b) **Conclusions thérapeutiques**

Tels sont nos résultats, à propos de 64 observations de Sigmoïdites. C'est à la lueur de ceux-ci que nous allons considérer, pour terminer, deux problèmes particuliers : le problème des récidives et celui de la dualité entre les deux grandes méthodes chirurgicales qui s'opposent : la dérivation et la résection.

I. — LE PROBLEME DES RECIDIVES

Elles se voient après traitement médical, après colostomie et après résection.

1) Les récidives après traitement médical

imposent la reprise de celui-ci, mais surtout une dérivation.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES TRAITEMENTS ET DES RÉSULTATS

Observations Nos	Traitement médical seul	Dérivation seule	Résection seule	Dérivation + résection secondaire	Résection + dérivation contemporaine	Extériorisation	RESULTATS		
							Amélioration	Décès	Guérison
1		+						+	
2	+								+
3	+								+
4				+				+	
5	+								+
6	+							+	
7					+				+
8		+							+
9	+								+
10	+								+
11					+			+	
12			+						+
13		+						+	
14		+						+	
15	+							+	
16	+								+
17	+						+		
18	+						+		
19	+								+
20			+						+
21				+					+
22				+				+	
23	Récidive				1° + 2° +				+
24	Récidive	1° +		2° +					+
25		+							+
26			+						+
27			1° +		2° +			+	
28		+							+
29						+			+
30				+					+
31			+				+		
32		+						+	
33	+						+		
34		+							+
35				+					+
36				+					+
37				+					+
38		+							+
39	Récidive	2° +	1° +					+	
40						+			+
41						+			+
42						+			+
43					+				+
44					+				+
45					+				+
46					+				+
47						+			+
48		+							+
49	+								+
50		+							+
51		+							+
52	Récidive	+							+
53					+			+	
54				+					+
55						+			+
56	+								+
57	+								+
58		+							+
59		+							+
60		+							+
61					+				+
62					+				+
63		+							+
64		+		(à faire)			+		
Total	15	20	6	9 + 1 à faire	11	6	5	12	47
Résultats	10 guérisons 2 morts 3 améliorat.	14 guérisons 4 morts 1 améliorat.	3 guérisons 2 morts 1 améliorat.	7 guérisons 2 morts	9 guérisons 2 morts	6 guérisons			
	2 récidives		1 récidive		1 récidive				

Attendre au moins 6 mois, le plus souvent un an avant de refermer ou de réséquer.

2) Les récidives après colostomie.

Le malade a été dérivé plus ou moins longtemps avec traitement médical associé ; souvent la dérivation a été refermée trop tôt (exemple notre observation 52 où elle a été fermée un mois après). On constate, après fermeture de l'anus, une reprise des signes infectieux avec lésions radiologiques associées.

Ce traitement consiste : soit en une résection secondaire, soit moins volontiers une nouvelle dérivation externe (Sénèque et Crépy, Bertrand et Devaux, Pemberton) associée au traitement médical, en insistant sur la Néomycine par voie orale et surtout en lavements journaliers par la colostomie et par voie basse. La dérivation secondaire dépend des contre-indications de la colectomie secondaire.

Cette colostomie doit être laissée longtemps en place et ce n'est que lorsqu'on est assuré de la guérison clinique et radiologique qu'on la refermera. Sinon, il faut une résection secondaire sous couvert de dérivation. Pemberton estime ces récidives à 66 % des cas, dont 1/3 guérit sans résection.

Dans nos observations, nous trouvons deux récidives après colostomie (obs. n^{os} 24 et 52). La première a guéri après une cæcostomie suivie d'une résection secondaire ; la seconde a également guéri par un anus transverse droit associé à un drainage d'abcès et d'une mise à plat d'une fistule stercorale.

3) Les récidives après résection.

Elles sont peut-être moins fréquentes qu'après colostomie, mais elles existent. Elles surviennent après des résections souvent larges, ce qui confirme l'opinion que nous avons émise plus haut, que, lorsqu'on pratique une colectomie en période inflammatoire, on ne sait pas jusqu'où s'étend l'inflamination muqueuse et sous-muqueuse vers le haut ou le bas, et la section intestinale, de même que l'anastomose, peuvent porter sur une zone pathologique, d'où les récidives.

— Allen a eu 3 récidives sur 116 résections.

— Welch, 3 sur 141 colectomies qui ont guéri par résection secondaire.

— Mais beaucoup d'auteurs ne font pas cas de ces récidives qui doivent être plus nombreuses qu'il ne paraît.

— Dans nos observations, nous trouvons deux récidives après colectomie (obs. 23 et 39) : la première s'est présentée comme une perforation d'un diverticule après une résection de 30 centimètres. Le traitement consista en une résection du diverticule avec iléostomie. Guérison après suites mouvementées.

La deuxième fut une récidive sous forme d'occlusion, après une résection type HARTMANN, dont la continuité avait été rétablie secondairement. On lui fit un anus transverse droit. Décès 6 mois après d'affection pulmonaire.

La conduite chirurgicale dans ces cas offre le choix entre : 1° la dérivation première associée au traitement médical intensif, refermée secondairement, ou suivie de résection secondaire, et 2° la résection itérative.

La dérivation doit être plutôt utilisée que la résection car dans ce cas, existe un danger certain de nouvelles récidives.

En conclusion sur le problème des récidives, il faut, pour les éviter :

1° Abandonner les petits gestes : diverticulectomie, suture, etc.

2° Maintenir et entretenir la dérivation externe longtemps :
— elle doit se trouver au plus près des lésions ;
— s'accompagner de vérifications radiologiques et de biopsie de la muqueuse avant sa fermeture ;
— être suivie d'un traitement médical d'entretien.

A ces conditions, *la récidive n'est pas inéluctable après fermeture de la colostomie.*

3° Pratiquer des résections larges en tissu sain, suivies d'un traitement médical post-opératoire.

4° Enfin et surtout, assurer une surveillance constante et prolongée, essentiellement radiologique, des malades traités et guéris.

Telles sont les récidives des Sigmoïdites. Voyons maintenant quelles sont, en matière de synthèse, les indications respectives des deux méthodes : dérivation et résection.

II. — SYNTHESE DES INDICATIONS RESPECTIVES DE LA DERIVATION EXTERNE ET DE LA RESECTION

Nous verrons d'abord quelle a été l'évolution des idées en matière de traitement chirurgical des Sigmoïdites, puis nous analyserons séparément les deux méthodes en opposition.

A) EVOLUTION DES IDÉES DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES SIGMOÏDITES.

1° *Avant les antibiotiques,* le traitement chirurgical n'était appliqué que devant une complication sévère.

2° *Par la suite,* les antibiotiques ont transformé le traitement et un grand nombre de chirurgiens se sont portés vers le *traitement radical,* même lors des complications aiguës des Sigmoïdites, en particulier dans les pays anglo-saxons.

— A.-W. Allen, sur 414 malades, fait 116 résections, dont 40 en un temps : quatre décès seulement, dont 3 au début, par faute de technique et un par pneumonie ; 3 réopérés pour récidives.

— J.-P. West : 18 résections, dont 12 avec anastomose termino-terminale immédiate et fistulisation, 3 sans fistulisation, 2 après extériorisation et 1 avec anastomose type « Sleeve ». Deux morts opératoires.

— Lloyd-Davies : 38 résections, aucune mortalité (alors que la dérivation donne 2 abcès pelviens, 2 infections pelviennes et 1 fistule sigmoïdo-vésicale 7 mois après dérivation).

— Lewis et Hurtwitz : 10 résections, dont 6 en un temps sans dérivation. Mortalité nulle.

— Moore et Kirksey en 5 ans ont opéré 22 Sigmoïdites : 8 colostomies, donnant 2 morts (25 %) et 14 résections, dont 2 avec colostomie deux semaines auparavant, et 12 résections en un temps avec anastomose termino-terminale, sans dérivation (2 cas de coexistence de Sigmoïdite et Cancer). Aucun décès. Résultats excellents.

— R.-O. Gregg : 41 opérations d'urgence : 16 résections ; aucun décès ; 25 opérés non réséqués : 6 morts.

— Bacon et Sherman : sur 117 malades : 41 opérés. 29 résections (dont 6 opérations de Hartmann), un seul décès (3,4 %).

— Boyden : 35 résections : 25 primitives et 7 après colostomie : aucun décès : 95,6 % ont été suivis de 1 à 16 ans. Résultats parfaits. Toutes les colostomies ont été refermées, sauf une.

— Smithwick : 109 résections, suivies de 1 à 15 ans, donnent 76,1 % de guérisons.

— Hôpital Général de Massassuchets, en 15 ans : 33 résections : deux morts et 84 % de guérisons.

— Mayo et Blunt : 201 résections donnant 3,5 % de morts.

— Pemberton, Black, Maino : avant 1941, sur 146 cas, les résections donnent 13,6 % de morts ; après 1911, sur 111 cas, la mortalité tombe à 2,7 % avec 80 % de guérisons, alors que les traitements palliatifs donnent 33 % de bons résultats et 66 % de récidives ; 5,1 % de morts avant 1941 et 1,1 % après 1941.

— Waugh et Watt : 93 colectomies en un temps sans colostomie ; 1 seul décès (1,1 %) ; 82 bons résultats et 11 mauvais (1 mort, 4 infections pariétales, 5 fistules stercorales, 1 sténose secondaire).

— Belding : 4 résections en un temps sans anus pour péritonite : aucun décès.

— Ryan, sur 9 perforations, a 7 guérisons par résection en période aiguë et 2 décès par drainage.

— Teicher et Abrahams : une colectomie totale pour Diverticulose : guérison.

— Welch, Allen et Donaldson : 141 résections (dont 40 en un temps : 3 morts, 3 récidives (guéries par résection secondaire).

— Schlike et Logan : 35 résections en un temps pour Diverticulites : aucun décès.

— Judd parle même de « résection prophylactique » dans les Diverticulites sigmoïdiennes récidivantes.

— Sont aussi partisans de la colectomie, en dehors des auteurs anglo-saxons : Prat : 5 résections sans décès ; Lepère en particulier, Girard, Deloyers, Sutges Creus, Provenzale (4 résections).

— Sénèque et Crépy : 29 colectomies sur 99 opérés, mais à part 2 résections en un temps pour Sigmoïdite aiguë, elles ont toutes été faites en plusieurs temps : 6 décès.

— Loygue est absolument contre la colostomie.

Les chiffres impressionnants, ainsi que les bons résultats des auteurs américains devraient dicter la conduite à tenir devant une Sigmoïdite. Néanmoins, tous les résultats ne sont pas aussi probants, et un juste retour en arrière s'est fait, ce qui a donné une autre façon de voir.

3° *Le retour vers les méthodes conservatrices.*

Elles sont basées sur le fait que les lésions anatomiques de la Sigmoïdite sont réversibles (Deloyers).

— Harbin donne le chiffre de 70 % de mortalité dans les colectomies.

— Bertrand a 7 décès sur 12 colectomies.

— Fallis et Marshall, à propos de 94 observations de Diverticulites aiguës, écrivent que la colostomie transverse semble l'intervention de choix. Ne faire de résection qu'après dérivation.

— Neal : ne jamais réséquer en période d'inflammation, ni en occlusion. Traitement d'urgence : anus, surtout transverse, et un an après, soit refermer l'anus, soit réséquer.

— Greig est partisan de l'abstention le plus souvent possible.

— Morton insiste sur la colostomie à maintenir longtemps, jusqu'à cessation des phénomènes inflammatoires.

— Bacon et Mc Kay : 30 opérés sur 104. Utilité de la dérivation préalable à toute intervention de résection, pour permettre la mise en état de l'intestin sous-jacent et pour assurer la sécurité de l'intervention.

— Schlike et Logan, bien que partisans de la résection, préfèrent dériver d'abord en cas de perforation ou d'abcès.

— Moore et Kirksey, eux aussi, sont pour la résection en un temps (12 fois sur 22 opérés), cependant ils estiment que la

colostomie transverse reste l'opération de sûreté dans les cas graves ou compliqués.

— Sénèque et Crépy préfèrent la colectomie en plusieurs temps (2 fois seulement en un temps sur 29 colectomies).

B) Analyse des deux méthodes mises en concurrence.

1° *La dérivation externe.*

a) *Les avantages sont immenses*

— Les lésions sigmoïdiennes sont réversibles, elles peuvent guérir par la mise au repos des lésions associée au traitement médical.

— C'est une méthode peu choquante et rapide, ce qui n'est pas négligeable en cas d'accidents aigus, chez les malades en mauvais état.

— Elle fait cesser les phénomènes occlusifs.

— Lorsqu'elle n'entraîne pas une guérison clinique et surtout radiologique totale, elle prépare le côlon pour une résection secondaire.

— Elle permet un examen radiologique plus précis ; la baryte étant injectée par voie basse, mais aussi par l'orifice distal de la colostomie.

— Elle permet aussi d'amener directement l'antibiotique (Néomycine) au contact des lésions par des lavements quotidiens de cet antibiotique par son bout distal.

— Lors de la fermeture de l'anus, qui doit se faire intrapéritonéale, on peut constater l'état du sigmoïde, sa guérison et l'absence de néoplasie associée. C'est un « second look » très utile.

b) *Les inconvénients*

— C'est un procédé qui paraît inélégant.

— C'est une infirmité gênante, car elle sous-entend un traitement de longue durée. Toutefois, elle est vite compatible avec une reprise de l'activité et les malades s'y habituent. S'ils savent discipliner leur régime pour éviter la diarrhée, en éduquant l'intestin par des lavements du bout proximal, ils arrivent à avoir des émissions de selles régulières, une à 2 fois par jour. D'autre part, ces colostomies s'appareillent très bien, en particulier la colostomie iliaque gauche. Certains malades préfèrent la garder que de subir un autre temps opératoire.

— Elle est parfois insuffisante pour assurer la guérison. Cependant, elle fait cesser les phénomènes inflammatoires aigus et permet la colectomie secondaire dans de bonnes conditions.

— Le plus gros reproche qu'on lui fasse est la survenue fréquente de récidives. Nous avons envisagé plus haut ce problème. Il est incontestable que ces récidives sont plus fréquentes qu'en cas de colectomie, mais lorsqu'elles se pro-

duisent, nous avons vu que l'exérèse secondaire peut assurer la guérison.

— Enfin, on lui reproche de négliger ou laisser évoluer un Cancer associé. Ce qui doit faire craindre un néoplasme, c'est :

1) une image véritablement néoplasique, c'est-à-dire lacunaire ;
2) et après dérivation externe, la persistance de lésions muqueuses et la lenteur de l'amélioration clinique et radiologique (étude des radiographies, non seulement statique, mais dynamique).
3) Dans le doute, il faut réséquer l'intestin. La dérivation préalable n'a, en fait, pas fait perdre de temps, la colectomie est plus aisée sur un côlon de calibre normal.

c) *Quelle dérivation faire ?*

— La cæcostomie n'est pas à négliger, ni surtout à condamner. Jasoni a guéri deux cas de formes sténosantes par simple cæcostomie, et nous-mêmes trouvons dans nos observations 5 cas où elle fut utilisée avec succès : 3 fois seule (obs. 48, 60, 63) et deux fois suivie de résection secondaire (obs. 24 et 37).

Nous lui préférons cependant une dérivation totale.

— L'anus transverse droit est la colostomie préconisée par la grande majorité des auteurs. En effet, elle est loin des lésions et ne gêne pas en cas de colectomie secondaire. Il faut le faire lorsque le diagnostic de Sigmoïdite n'est pas formel.

Les deux avantages de l'anus transverse droit, par rapport à l'anus iliaque gauche sont :

1) qu'il évite l'ouverture d'espaces infectés au contact des lésions ;
2) qu'on le laisse comme protection après résection.

— L'anus iliaque gauche :

Recommandé par Macquet, ainsi que par notre Maître le Professeur Carcassonne, lorsqu'on est certain du diagnostic de Sigmoïdite. Ses avantages sont nombreux :

1) Il est très près des lésions.
2) Il ne laisse pas de cul-de-sac, comme l'anus transverse droit.
3) Il fonctionne bien (selles moulées).
4) Il est bien appareillable.
5) Il permet une thérapeutique médicale *in situ* (Néomycine par le bout distal).
6) Enfin, il est facilement enlevable, lors de la résection secondaire.

C'est pourquoi nous le préférons.

d) *Quand faut-il fermer la colostomie ?*

Il ne faut pas se hâter de refermer une dérivation. Sa durée est très variable selon les cas, de plusieurs semaines à plusieurs mois, elle dépend uniquement de la disparition des manifestations inflammatoires cliniques, mais essentiellement radiologiques ; de même, avant de se décider à la refermer, notre Maître le Professeur Carcassonne pratique une biopsie de la muqueuse colique à son niveau ; si on y trouve encore des signes inflammatoires, il faut encore attendre.

Durant cette période, des radiographies successives sont pratiquées. Au bout de deux mois, tout ralentissement dans la guérison radiologique, toute image persistante, en bref toute suspicion, doit motiver l'exérèse secondaire. La dérivation doit durer au moins 6 mois pour traiter une Sigmoïdite. Ce n'est pas dire qu'il faille attendre 6 mois de dérivation pour affirmer le diagnostic de néoplasme.

En cas de doute sur la guérison, une laparotomie est indiquée. A ventre ouvert, on vérifie l'état du sigmoïde : s'il est normal, on referme la colostomie ; s'il est pathologique, on pratique la colectomie.

Telle est la méthode palliative qui, à notre avis, est infiniment plus satisfaisante dans les Sigmoïdites que la résection, que nous allons voir maintenant.

2° *La résection.*

a) *Les modalités*

— La colectomie d'emblée en urgence est à éliminer, car on perd ainsi le bénéfice d'une préparation pré-opératoire du côlon, et elle est trop grave chez des malades choqués, âgés, en mauvais état général.

— La colectomie en un temps avec rétablissement immédiat de la continuité est certes le procédé le plus élégant (Lepère), mais elle requiert des conditions locales et générales indispensables : intestin bien préparé, vide, aseptisé ; anastomose en tissus sains, bien vascularisés, sans tension.

Cette colectomie est difficile, méconnaissant l'extension des lésions vers le haut et le bas, elle est excessive, ou alors insuffisante, l'anastomose se faisant en tissu infecté.

Donc, elle doit être certainement accompagnée de dérivation ; jamais de fermeture immédiate. Même avec ces précautions, elle est à déconseiller.

— La colectomie secondaire : c'est la seule résection autorisée en cas de Sigmoïdite. La plupart des auteurs sont d'accord pour le traitement fractionné, en 3 temps échelonnés sur 7 à 8 mois et comportant une dérivation préalable, résection secondaire, fermeture de l'anus dans le troisième temps. (Fallis

et Marshall, Neal, Morton, Bacon et Mc Kay, Schlike et Logan, Sénèque et Crépy, Deloyers, etc.). Cette résection se fera alors dans les meilleures conditions : phénomènes inflammatoires et occlusifs ayant cessé, intestin bien préparé, résection économique en zones saines.

b) *Les avantages*

— C'est la méthode la plus élégante, la plus rapide, la plus radicale, puisqu'elle enlève la lésion.

— Elle vise davantage le délicat problème de l'association Sigmoïdite et Cancer, en préservant l'avenir et en supprimant le danger du Cancer. C'est la colectomie « prophylactique » de Prat et de Judd.

c) *Les inconvénients*

— C'est une chirurgie grave, chez des malades âgés et choqués, sur un terrain très infecté le plus souvent. La mortalité n'est pas négligeable.

— Elle entraîne un sacrifice colique important, si l'on ne veut pas couper en zone pathologique, si l'on veut éviter une récidive ou un lâchage des sutures, car on ne connaît pas l'étendue des lésions vers le haut et le bas. Ces récidives, nous l'avons vu, ne sont pas si rares qu'on le prétend. Nous en trouvons deux dans nos observations (obs. 23 et 39). Les lâchages de suture sont aussi à considérer. Outre les fistules stercorales (obs. 52 et 54), nous trouvons deux cas de lâchages successifs de sutures nécessitant plusieurs interventions (obs. 38 et 43). Dans l'observation 43, on a été obligé de renoncer à fermer la dérivation.

— Cette résection entraîne aussi des rétrécissements secondaires, en particulier lorsque la lésion siège bas sur le sigmoïde. Ces rétrécissements nécessitent des dilatations fréquentes et parfois, après échec de celles-ci, de nouvelles résections. Nous en avons un cas (obs. 61) qui continue à être dilaté régulièrement. Waugh aussi en a un cas.

— Cette colectomie peut être aussi trop économique, lorsqu'on découvre un Cancer associé, à l'ouverture de la pièce, ou après examen histologique.

Que conclure de ce parallèle entre la colostomie et la résection ?

L'étude de nos résultats, l'observation des récidives, nous permettent de le faire sans parti pris.

— *La résection d'emblée* ne nous paraît pas indiquée.

— *La dérivation externe*, au plus près, doit être le geste à faire devant la plupart des Sigmoïdites diverticulaires chirurgicales. Elle sera maintenue longtemps sous surveillance

radiologique, *et ce, à condition qu'aucun symptôme clinique ou radiologique de Cancer ne soit décelé*. Elle sera fermée après guérison clinique et radiologique. Elle sera suivie de post-cures discontinues.

— *La résection secondaire* tire ses indications des insuffisances ou des échecs de la dérivation. Insuffisances : suspicion néoplasique, fistules internes, peut-être les formes perforées. Echecs surtout : persistance de signes radiologiques d'inflammation, de rétrécissement, ou encore évolution trop lente vers la guérison.

Nous venons de voir les résultats, il nous reste à tirer des conclusions.

CONCLUSIONS

Nous avons eu l'occasion d'étudier 64 Sigmoïdites chirurgicales, comprenant :

9 formes aiguës,
3 » hémorragiques,
15 » perforées,
2 » abcédées,
3 » fistulisées,
28 » tumorales, pseudo-néoplasiques,
4 » associées au Cancer.

Du point de vue étiologique : nous avons vu le rôle primordial des diverticules coliques, par rapport aux autres étiologies, qui apparaissent contingentes, à telle enseigne qu'en matière de Sigmoïdites, on ne parle presque uniquement que de « Sigmoïdites diverticulaires ».

Du point de vue anatomique : le fait important est l'extension des lésions pariétales, à point de départ diverticulaire, puis gagnant les parois coliques : muqueuses, sous-muqueuses, puis séreuses et enfin extra-coliques, avec tendance à l'abcédation et à la fistulisation.

Du point de vue clinique : après avoir défini ce que nous entendions par Sigmoïdites chirurgicales, malgré l'extrême polymorphisme des aspects cliniques, nous avons décrit trois formes :

— Les Sigmoïdites aiguës,
— » chroniques,
— » compliquées.

Du point de vue diagnostic : le diagnostic peut être posé dans les formes aiguës. Dans les formes compliquées, il se fait à ventre ouvert. Dans les formes chroniques, la différenciation avec le Cancer, ou l'objectivation d'une association néoplasique, constituent un problème classique, mais néanmoins angoissant et difficile. Nous nous sommes efforcés d'analyser les critères de différenciation, dont aucun n'a de valeur en lui-même, mais dont le groupement peut permettre assez souvent de conclure.

Du point de vue thérapeutique : sur 64 cas, 15 ont été traités médicalement et 49 chirurgicalement. Parmi ces derniers :

20 ont été dérivés,

26 réséqués, soit après dérivation préalable (9 cas), soit avec dérivation contemporaine (11 cas), soit sans dérivation (6 cas),

6 enfin ont été extériorisés.

Les résultats obtenus furent :

47 guérisons,

12 morts,

5 améliorations,

Il y a eu 4 récidives : 2 après dérivation et 2 après résection.

Nous estimons donc que : 1° le traitement médical, qui est basé sur les antibiotiques à tropisme intestinal, doit être réservé aux formes aiguës simples, aux formes chroniques non compliquées. Le traitement chirurgical ne peut se concevoir sans lui ; 2° le traitement chirurgical a une place importante. Nous nous sommes aperçus des possibilités qu'offrait la dérivation externe, refermée secondairement, complétée par l'antibiothérapie *per os* et en lavements par l'orifice distal de la colostomie. Nous avons fixé la place de cette dérivation externe temporaire, par rapport à celle de l'exérèse.

a) *La dérivation externe,* au plus près des lésions, est donc indiquée :

1° Dans les formes aiguës et dans les formes chroniques, lorsque le traitement médical a échoué, ou qu'il n'a pas amené une guérison clinique et surtout radiologique complète.

2° Dans les formes perforées, en association avec le drainage de la cavité péritonéale et, si elle est possible, l'extériorisation des lésions ; si elle est impossible, leur isolement.

3° Dans les formes hémorragiques, lorsque le traitement médical n'a pas arrêté le saignement, elle suffit le plus souvent.

4° Dans les formes abcédées, en lui adjoignant un large drainage aspiratif et une antibiothérapie intensive.

5° Dans les formes fistulisées, où elle demeure le premier temps de l'exérèse.

6° Dans les formes pseudo-néoplasiques, soit à titre curatif, soit à titre diagnostique, pour éliminer ou confirmer un Cancer. Dans ce cas, elle aura permis de préparer le côlon à une exérèse secondaire dans les meilleures conditions.

b) *L'exérèse*, elle, ne sera jamais primitive, mais toujours secondaire, après dérivation préalable. Les indications de cette exérèse secondaire sont tirées des insuffisances ou des échecs de la dérivation.

1° Insuffisances : suspicion ou certitude d'un néoplasme en évolution ou associé ; fistules internes, colo-vésicales en particulier.

2° Echecs : persistance des signes cliniques ou radiologiques, malgré une dérivation correcte.

La prudence dans les indications doit permettre d'améliorer les résultats de la thérapeutique de ces Sigmoïdites diverticulaires pseudo-tumorales, qui n'ont de bénin que le nom.

Vu et approuvé,
Le Doyen,
Signé : G. MORIN.

Lu et approuvé,
Le Président de Thèse,
Signé : F. CARCASSONNE.

Vu et permis d'imprimer,
Aix, le 20 décembre 1960.
Le Recteur,
Signé : J. BLACHE.

BIBLIOGRAPHIE

I. — BIBLIOGRAPHIE GENERALE

1 — ABDELMOOLA M. — « Contribution à l'étude radiologique de la diverticulose du côlon sigmoïde. » — *Mém. d'Electro-Radiologie,* juin 1951, p. 95.

2 — ABESHOUSE B.-S., ROBBINS, GANN et SALIK. — « Les fistules vésico-intestinales. » — *The Journal of the American Medical Association,* vol. 164, n° 3, 18 mai 1957, pp. 251-257.

3 — AIMES. — « Abcès à Perfringens au cours d'une Sigmoïdite. » — *Montpellier Médical,* vol. 21, n° 4, 1943.

4 — ALBUQUERQUE (de) E.-T.. — « Entérorragies d'origine diverticulaire. » — *Revista Brasileira de Chirurgia,* vol. 37, n° 4, avril 1959.

5 — ALBRIGHT et LEONARD. — « Le Traitement de la Diverticulite du côlon ». — *Am. Journ. of Surgery,* 82, n° 6, déc. 1951, pp. 674-682.

6 — ALLEN A.-W. — « Chirurgie de la Diverticulite du côlon. » — *Am. Journ. of Surgery,* vol. 86, n° 5, nov. 1953, pp. 545-548.

7 — ALVARINHAS F.-M. — « Perforation du côlon sigmoïde au cours d'un lavement baryté pratiqué par un anus artificiel. » — *Revista de la Associacion Medica Argentina,* vol. 72, n° 10, oct. 1958, pp. 421-424.

8 — AMELINE. — « Sigmoïdite. » — Pratique médico-chirurgicale, II. Masson, 1931.

9 — ANTOINE E. — « Rectocolites graves. » — Thèse Paris, 1919-1920.

10 — ARESETO P.-L. — « Perforations aiguës du côlon sigmoïde. » — *El Dia Médico* (Buenos-Aires), t. 22, n° 54, 4 sept. 1950, pp. 2268-2271.

11 — ARNAUD L. — « Esquisse de la diverticulose du tube digestif. » — *Maroc Médical,* Casablanca, 30, 313, pp. 549-555.

12 — ARNHEIM. — « Complications chirurgicales de la Diverticulite. » — *Ann. of Surgery,* vol. 1712, 1940, pp. 352-369.

13 — ARNHEIM E.-E. — « Diverticules du côlon. Aspect particulier des complications chirurgicales. » — *Ann. of Surgery,* 112, 352, sept. 1948.

14 — ARNOUS J.-L. — « Les Sigmoïdites et péri-Sigmoïdites de l'adulte. » — Thèse Paris, 1939, n° 394, 187 pages.

15 — ARNULF M.-G. — « Gangrène étendue du sigmoïde. » (Drainage. Dérivation. Colectomie secondaire. Guérison.) — *Archives des Maladies de l'App. Digestif et de la Nutrition,* t. 48, n° 78, juil.-août 1959, p. 871.

16 — AUFDERMAUR M. et HOTZ. — « Onze cas de péritonite par perforation de Sigmoïdite diverticulaire. » — *Gastro-Enterologia* (Bâle et New York), vol. 87, n° 2, 1957.

17 — BABINGTON S. — « Diverticulite du côlon ; un plaidoyer pour l'intervention chirurgicale précoce. » — *The Journal of the International College of Surgeons* (New York), vol. 11, n° 5, sept.-oct. 1948.

18 — BACON H.-E. et Mc KAY E.R. — « Le traitement chirurgical de la Diverticulite du sigmoïde. » — *The Journ. of the International College of Surg.,* vol. 11, n° 6, nov.-déc. 1948, pp. 560-569.

19 — BACON H.-E. et SHERMAN L.-F. — « Le traitement de la Diverticulite du sigmoïde. » — *Am. J. Surg.,* 80, n° 1, juil. 1950, 3-10.

20 — BACON H.-E. et VALLENTE M.-A. — « Le traitement chirurgical de la Diverticulite. » — *Am. J. Surg.,* février 1956, 91, n° 2, 178-183.

21 — BALLIN M. — « Radiologie des Sigmoïdites. » — *Am. J. Surg*, fév. 1927, p. 142.
22 — BARAMBON J., LAUGHLIN et col. — « Fistules colo-vésicales. » — *The Journ. of the Int. College of Surgeons*, vol. 32, n° 3, sept. 1959.
23 — BARTLETT et DERMOTT. — « Le traitement chirurgical de la Diverticulite du côlon. » — *New England J. Med.*, 248, n° 12, pp. 497-499.
24 — BASSLER A. — « Sigmoïdite chronique. » — *Acta Gastro-Enterologia Belgica*, janvier 1950, 13, n° 1, pp. 7-13.
25 — BASSLER. — « Sigmoïdites. » — *New York State J. Med.*, t. 45, avril 1945, pp. 861-865.
26 — BAUMEL J. et ANDREANI J. — « Méga-diverticules digestifs. » — Société Gastro-Entéro. Montpellier, 26-27 mai 1951 - *Arch. Mal. App. Dig.*, déc. 1951, 40, n° 12, pp. 1446-1450.
27 — BECLÈRE et PORCHER. — « Diagnostic radiologique de la diverticulose colique. » — *Journal de Radiologie*, juillet 1931.
28 — BEHREND. — « Traitement chirurgical de la Diverticulite du côlon. » — *Pensylvania Med. Journal*, juillet 1953, p. 553.
29 — BELDING H.M. — « Péritonite généralisée par perforation d'une Diverticulite sigmoïdienne. » — *Archives of Surgery*, vol. 74, n° 4, avril 1957, pp. 511-515.
30 — BENSAUDE A., THALY H. et MARCHAIS J. — « La Sigmoïdite hémorragique d'origine diverticulaire. » — Soc. Nat. Française de Gastro-Entérologie. (Séance du 9 juin 1953.) - *Arch. des Mal. de l'App. Dig.*, t. 42, 7,8, 944-958, 1953.
31 — BERTRAND P., GIRARD M., AUPECLE, DALMAIS J. et GUILLAUD J.P. — « Sigmoïdite diverticulaire et cancer associés. » (9 observations.). — *Arch. Mal. App. Dig.*, avr. 1955, 44, n° 4, pp. 497-509.
32 — BERTRAND P., GIRARD M., AUPECLE, DALMAS J., GUILLOT J.-P. — « Sigmoïdite diverticulaire et cancer associés. » (9 observations). — *J. Méd. Lyon*, 5 nov. 1955, 36, n° 860, pp. 759-769.
33 — BERTRAND P., FRANCILLON J. et DEVAUX J.-P. — « A propos du traitement chirurgical des Sigmoïdites. » — *Ann. Chir.* (Suppl. *Sem. des Hôp. de Paris*), mai 1956, 32, n° 5, pp. 327-334.
34 — BERTRAND P. et CREYSSEL J. — « Thérapeutique chirurgicale ». — Doin, éditeur, 1951.
35 — BESSI. — « Des fistules vésico-sigmoïdiennes d'origine diverticulaire et de leur traitement par la colectomie. » — Thèse Paris, n° 27, 1945.
36 — BEST R. — « Le traitement des fistules iléo-sigmoïdales au cours des Diverticulites. » — *Surgery*, juillet 1948, 24, n° 1, pp. 30-34.
37 — BEZZI E. — « Complications des diverticules du côlon. » — *Minerva Chirurgica* (Turin). An. 12, n° 11, 15 juin 1957.
38 — BIZARD G. et PARIS J. — « Rétrécissement sigmoïdien par sclérolipomatose tuberculeuse. » — *Arch. Mal. App. Dig.*, sept-oct. 1950, 39, n° 9-10, pp. 1036-1039.
39 — BLANCHARD J.-L. — « Sigmoïdites perforées. » — Thèse Paris, 1958, n° 984.
40 — BOCKUS H.-L. — « Diverticule colique. » — *Gastroenterology* (Philadelphia. W.B. Sanders Co., vol. 11, p. 669, 1944.
41 — BODON G. et LAPUZ. — « Occlusions du grêle et diverticulose sigmoïdienne. » — *Surgery*, vol. 44, n° 4, oct. 1958, pp. 631-635.
42 — BOUCARD R. — « Diverticulites et cancers coliques. Les difficultés de leur diagnostic différentiel. » — Thèse Bordeaux, 1952-1953, n° 66.
43 — BOWMAN F.-B. — « Rectosigmoïdoscopie. » — *The Canadian Medical Asociation Journal*, 68, 3, pp. 244-245.
44 — BOYD W.H. — « Colonic diverticula. » — *Am. J. Proctolo.*, 1952, 3, n° 2, pp. 110-116.
45 — BOYDEN A.M. — « Le traitement chirurgical de la Diverticulite du côlon. » — *Annals of Surgery*, vol. 132, n° 1, juillet 1950, pp. 94 à 109.
46 — BREMEN A. et FLAMAND Ch. — « Les tumeurs inflammatoires de l'intestin grêle et du côlon. » — *Acta Chirurgica Belgica*, 57, 6, juin 1958, pp. 597-603.

47 — BRUZZONI N. — « Sigmoïdites chirurgicales. » — *La Prensa Médica Argentina*, vol. 55, n° 25, 20 juin 1958.
48 — BUSSON A. et MORIN G. — « Les Diverticulites aiguës du sigmoïde et côlon gauche. » — *Presse Médicale*, 25 déc. 1955, 63, n° 86, pp. 1852-1854.
49 — BUZZI. — « Syndrome occlusif dans une Diverticulite sigmoïdienne. » — *Annali di Radiologia Diagnostica*, vol. 21, fasc. IV, 1949, pp. 323-333.
50 — CARCASSONNE F. — « Accidents chirurgicaux en rapport avec les diverticules sigmoïdiens. » — *Soc. de Gastro-Entéro.* Montpellier, 26-27 mai 1951 - *Arch. Mal. App. Dig.*, déc. 1951, 40, n° 12, pp. 1444-1446.
51 — CARCASSONNE F., BONNEFOY et CARCASSONNE M. — « A propos de 9 cas de Sigmoïdites aiguës. » — *Société de Chirurgie de Marseille.* Séance du 16 mars 1953. - *Marseille Chirurgical*, n° 2, mars-avril 1953, pp. 202-206.
52 — CARCASSONNE M., LAVAURS G. et ZUNINO A. — « Les Sigmoïdites diverticulaires pseudo-tumorales : problèmes du diagnostic et de la thérapeutique. » — Communication à la Société de Chirurgie de Marseille, le 2 mai 1960. - *Marseille Chirurgical*, 12, n° 3, mai-juin 1960, p. 224.
52 *bis* — CARCASSONNE M. et ZUNINO A.-F. — « Place de l'exérèse dans le traitement chirurgical des Sigmoïdites diverticulaires pseudo-tumorales. » — Comm. VII[e] Journées médico-chirurgicales du Sud-Est. Marseille le 26 nov. 1960.
53 — CARRO D.-S. — « Diverticules du gros intestin. Quelques observations cliniques. Discussion. » — *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, t. 67, mars 1950.
54 — CASPER. — « Sigmoïdite. » — *Amer. J. Roentg.*, vol. 50, 1943, pp. 24-31.
55 — CASTRO. — « Traitement chirurgical de la Diverticulite chronique du sigmoïde. » — *Bulletin of the Georgetown University Medical Center*, nov. 1953, pp. 48-53.
56 — CATE W.R. (Nashville). — « Colectomie dans le traitement d'un mélœna secondaire à une diverticulose. » — *Annals of Surgery*, vol. 137, n° 4, avril 1953, pp. 558-560.
57 — CECCONI F. — « Sigmoïdite pseudo-tumorale. » — *Annali Italiani di Chirurgia*, vol. 35, fasc. 4, 1958.
58 — CELIO A. — « Contribution à la pathologie des Diverticulites à forme chronique sténosante du côlon sigmoïde. » — *Helvetica Chirurgica Acta*, 19, n° 2, juin 1952, pp. 93-118.
59 — CHARRIER-HILLEMAND. — « Colites diverticulaires » (Congrès de Plombières 1935) et « Sigmoïdites diverticulaires ». — *Arch. Franco-Belges Chirurg.*, mars 1936.
60 — CHERIGIE E. — « La radiologie des tumeurs inflammatoires du grêle et du côlon. » — *Acta Chirurgica Belgica* - An. 57, n° 8, juin 1958.
61 — CHIRAY, LARDENNOIS et BAUMANN. — « Les colites chroniques. » — 1 vol. Paris. Masson, édit., 1934.
62 — CHOMETON M. — « Les perforations de l'anse sigmoïde en péritoine libre. » — Thèse Toulouse, juillet 1947, n° 55, 48 pages.
63 — CHRISTIE A.-C., COE F.-D., HAMPTON A.-O. et WYATT G.-M. — « La valeur du lavement à l'acide tannique et des radiographies après évacuation pour l'examen du côlon. » — *The American Journal of Roentgenology and Radiumtherapy*, vol. 63, n° 5, mai 1950.
64 — CLAVEL et FAKRAI. — « Traitement chirurgical des Sigmoïdites. » — *Revue de Chirurgie*, 51, n° 3.
65 — CLAVEL et FAKRAI. — « Traitement chirurgical des Sigmoïdites aiguës. » — *Lyon Médical*, n° 18, 10 mai 1936, p. 545.
66 — COLCOCK B.P. — « Le traitement chirurgical de la Diverticulite. » — *Surgery Clinic North America*, 30, n° 3, juin 1950, pp. 911-917.
67 — COLCOCK B.P. et SASS R.E. — « Diverticulite et cancer du côlon. Diagnostic différentiel. » — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 99, n° 5, nov. 1954, pp. 627-633.
68 — COLCOCK B.P. — « Traitement chirurgical des Diverticulites compliquées. » — *The New England Journal of Medicine*, vol. 259, n° 12, 18 sept. 1958.

69 — CONROY T.F. — « Intestino vesical fistula ; report of 3 cases resulting from divertulitis of colon. » — *Standford M. Bull.*, 9, 30-33, février 1951.
70 — COOKE W.T. — « Affections inflammatoires de l'intestin. » — *The American Journal of Digestive Diseases*, vol. 4, n° 5, mai 1959.
71 — COSSE (de) J. et AMENDOLA. — « Le saignement dans les Diverticulites du côlon sigmoïde. » — *Annals of Surgery*, vol. 145, n° 4, avril 1957.
72 — COUMEL, MOLINIER, DUCHESNE et LAPEYRE. — « Les rétrécissements recto-coliques de l'amibiase. » — *Arch. Mal. App. Dig.*, 39, n° 12, déc. 1950, pp. 1278-1284.
73 — COUNSELLER V. — « Diverticulite : symptômes, complications et traitement, en particulier chez la femme. » — *American Journ. of Obstetric and Gynecology* (New York), vol. 55, n° 4, avril 1948.
74 — CREPY C. — « Les aspects chirurgicaux des Sigmoïdites. » — Thèse Paris, 1950, n° 157.
75 — CRONIN K. — « Perforations spontanées du tractus digestif. » — *The British Journal of Surgery*, vol., 47, n° 201, juillet 1959.
76 — DARMAILLACQ R. — « Trois cas de complications aiguës de Diverticulites du gros intestin. » — *Soc. de Gastro-Entérologie du Sud-Ouest*. Séances des 21-22 février 1953. - *Sem. des Hôp.*, n° 42, 26 juin 1953, 2157.
77 — DAVIDOVITCH P. — « A propos de 2 cas de Diverticulites du côlon. » — *Toulouse Médical*, 53, 7, pp. 599-604.
78 — DEARLOVE T.P. — « Diverticulite et diverticulose. Observation d'une complication rare. » — *The Medical Journal of Australia* - An. 41, n° 7, 13 février 1954.
79 — DEBRIE et RATTE. — « Sigmoïdite à forme tumorale ; colectomie en 3 temps. » — *Tunisie Méd.*, vol. 32, 1938, pp. 136-140.
80 — DECOULX, PARIS J., WEMEAU L. et BONTE G. — « Tuberculose du sigmoïde fistulisée dans la vessie. » — *Arch. Mal. App. Dig.*, 44, n° 1, janvier 1955, pp. 110-115.
81 — DELANNOY E. et SOOTS G. — « Les fistules entéro-vésicales en dehors de la Sigmoïdite. » — *Acta Urologica Belgica*, vol. 25, n° 4, oct. 1957, pp. 419-427.
82 — DELAPORTE J. — « La forme hémorragique de la Diverticulite du côlon iléo-pelvien. » — Thèse, Montpellier 1948.
83 — DELGADO R. et MAGHENZANI C. — « Fistule vésico-sigmoïde par diverticulose sigmoïdienne. » — *Boletines de la Sociedad de Cirugia de Rosario* - An. 15, n° 8, nov. 1948, pp. 255-267.
84 — DELORD P. — « Sigmoïdite diverticulaire prise pour un cancer. Difficulté de la décision thérapeutique. » — *Arch. Mal. App. Dig.*, 43, n° 1, janvier 1954, pp. 75-80.
85 — DELORE et PUTHOD. — « Traitement chirurgical des Sigmoïdites. » — *Revue de Chirurgie*, 51, n° 3, mars 1932, pp. 149-161.
86 — DELOUCHE G. — « Sigmoïde perforé avec péritonite généralisée. » — *Mém. Ac. Chir.*, 13-20, oct. 1948, 74, n° 25-26, pp. 618-619.
87 — DELOYERS L. — « Les indications du traitement chirurgical des Diverticulites du sigmoïde et de leurs complications. » — *Acta Chirur. Belgica*, 55, n° 5, mai 1956, pp. 396-420.
88 — DEPORTE M.-A.-J.-S. — « Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique des Sigmoïdites diverticulaires. (Intérêt des moulages en matière plastique du sigmoïde.) » — Thèse, Paris 1957, n° 839.
89 — DEPOUTRE. — « Fistule sigmoïdo-vésicale d'origine diverticulaire. » — *Presse Médicale*, n° 26, 10 juillet 1943, pp. 373-374.
90 — DETRIE P. — « Les perforations en péritoine libre des sigmoïdes. » — *Presse Médicale*, 63, n° 64, 5 oct. 1955, pp. 1309-1310.
91 — DEVAUX J.-P. — « Contribution à l'étude des Sigmoïdites » (d'après 102 observations). — Thèse, Lyon 1956, n° 102.
92 — DIETZ W. — « Diverticule calcifié du côlon. » — *Fortschritte auf dem gebiete der Röntgenstrehlen vereinigt mit Rontgenpraxis* (Stuttgart), vol. 75, n° 1, juillet 1951.
93 — DIXON Cl.F. — « Diverticule ou cancer ? » Relation des deux cas. — *Surg. Clin. North Amer.*, 32, n° 4, août 1952, pp 1181-1183.

94 — DONAL J.-M. — « Le traitement chirurgical de la Diverticulite du côlon. » — *Ann. of Surg.*, vol. 133, n° 5, mai 1951, pp. 708-718.
95 — DOUTHWAITE A.H. — « Diverticuloses et Diverticulites. » — *The Practionner*. Londres, vol. 169, n° 1013, nov. 1952, pp. 505-508.
96 — DRAKE E.H. — « Diverticulitis of the colon. » — *Journ. Maine Med. Association*, 43, 11, pp. 349-350.
97 — DUBARRY J., DUBARRY E. et DELAPORTE J. — « Neuf cas de Diverticulite du côlon à forme hémorragique. » — *Société Nationale Française de Gastro-Entérologie*, 12 mars 1950 - *Arch. des Mal. de l'App. Dig.*, 12 mars 1950, t. XXXIX, n° 4, avril 1950, pp. 566-573.
98 — DUBARRY J. et DUBARRY E. — « Diverticules coliques, cancers et faux cancers. (A propos de 5 observations.) » — *Société Gastro-Entérol.* Montpellier, 26-27 mai 1951 - *Arch. Mal. Ap. Dig.*, 40, n° 12, déc. 1951, pp. 1437-1440.
99 — DUBARRY J. et ROUX M. — « Tuberculose intestinale. Données récentes. » — Baillière, éditeur, Paris 1951. 136 pages.
100 — DUBARRY J.-J. et RUMEAU. — « Diverticulite ou cancer du côlon iléo-pelvien ? » — *Gazette Médicale de France*, nov. 1954.
101 — DUBOST C. et TORRE P. — « Fistules vésico-intestinales en dehors de la tuberculose et du cancer. » — *Journal de Chirurgie*, t. LXV, n° 4-5, 1949, pp. 218-233.
102 — DUBOURG E. — « La diverticulose colique. » Formes médicales cliniques et thérapeutiques. — Rapport Soc. Gastro-Entéro. Montpellier, 26-27 mai 1951 - *Arch. Mal. App. Dig.*, 40, n° 12, déc. 1951, pp. 1398-1403.
103 — DUJOVICH et FORM. — « Sigmoïdite perforée. » — *Rev. Ass. Méd. Arg.*, t. 60, juin 1946, pp. 530-537.
104 — DUJOVICH et FORM. — « Traitement chirurgical des Sigmoïdites. » — *Brasil Med. Cir.*, t. 8, 1946, pp. 257-272.
105 — DUPREZ. — « Aspects chirurgicaux de la Diverticulite sigmoïdienne. » — *Bruxelles Méd.*, février 1955, p. 270.
106 — EARLY C.M. — « Le traitement des grandes hémorragies de la diverticulose colique. » — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 108, n° 1, janvier 1959, pp. 49-60.
107 — ETTINGER A. et ELKIN M. — « Etude du côlon sigmoïde avec des prises de vue radiologiques spéciales. » — *The American Journal of Roentgenology, Radiumtherapy and Nuclear Medecin.*, vol. 72, n° 1, juillet 1954.
108 — FALLIS L.S. et MARSCHALL M.R. (Detroit). — « Diverticulite aiguë du côlon. » — *American Journal of Surgery*, vol. 80, n° 2, août 1950, pp. 198-203.
109 — FALLON J. — Discussion au Congrès de la Mass. Med. Soc. Section of Surgery. — *Northeastern J. Med.*, 203-468, 1930.
110 — FASSIO E. — « Diverticulose colique et entérorragie chez un artério-scléreux porteur de maladie de Hodgson. » — Société de Gastro-Entéro. Montpellier, 26-27 mai 1951 - *Arch. Mal. App. Dig.*, 40, n° 12, déc. 1951, pp. 1450-1451.
111 — FELDMAN H. et MORISSON S. — « Importance clinique de la diverticulose du côlon. » — *Amer. Journ. of Digest. Diseases* (Chicago), vol. XVI, n° 4, avril 1949.
112 — FELSEN. — « Diagnostic sigmoïdoscopique. » — *New York State J. Med.*, vol. 42, 1942, pp. 2303-2308.
113 — FERGUSSON L.-A., FERGUSSON J.-A. et col. — « Difficultés du dépistage du cancer en présence de Diverticulite. » — *Gastro-Enterology*, 21, n° 3, mars 1954, pp. 177-187.
114 — FIGARELLA J. — « Pathologie médico-chirurgicale de l'abdomen. » — J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 1956.
115 — FIGARELLA J. — « A propos des péritonites sigmoïdiennes. » — Communication Société de Chirurgie de Marseille. (Séance du 24 oct. 1955.) - *Marseille Chirurgical*, n° 1, 1956, p. 105.
116 — FITTS W.T. et ANDERSON L.D. — « Perforation du sigmoïde et Diverticulite. » — *The Journal of the American Medica Ass.*, 152, 15, 8 août 1953, 1427-1428.

117 — FLYNN J. Ed. — « Aspects chirurgicaux des Diverticulites sigmoïdiennes. » — *Revue of Gastroenterology*, 17, n° 7, juillet 1950, pp. 577-585.
118 — FORNI G. — « Occlusion chronique par Sigmoïdite péri-diverticulaire ; résection. » — *Gior. Veneto di Ss. Med.*, vol. 2, janvier 1937, 1-8.
119 — FORD H.S. — « Six années d'études sur la Diverticulite du côlon. » — *The Canadian Medical Association Journal*, 69, 5, pp. 505-508.
120 — FRANCHI G. — « Mésosigmoïdite suppurée pseudo-néoplasique par diverticulose. » — *La Clinica* - An. 15, n° 6, pp. 415-423.
121 — FRAENKEL G.J. — « Saignement rectal et Diverticulite. » — *The British Journal of Surgery*, vol. 4, n° 170, mai 1954.
122 — GABRIELLE C. — « Etude anatomique et clinique des Sigmoïdites. » — *Revue de l'Association Lyonnaise de l'Externat*, 35e année, n° 1, 1959, p. 13.
123 — GANDOLFO E. et SECONDO. — « La diverticulose et ses complications inflammatoires. » — *Minerva Medica*, vol. 50, n° 48, 16 juin 1959.
124 — GARBAY M. — « Les perforations au cours du lavement baryté. » — Rapporteur M.-P. Moulonguet. Séance du 18 mars 1959 - *Mém. de l'Académie de Chirurgie*, t. 85, 1959, n° 10, p. 273.
125 — GARRIZ R. — « Diverticulose colique. » — *La Prensa Medica Argentina*, vol. 44, n° 12, 22 mars 1957.
126 — GASTAUD M. — « Perforation d'un diverticule sigmoïdien chez une femme de 93 ans. » (Rapp. Dalmas.) Soc. de Ch. de Marseille. (Séance du 21 avril 1958.) - *Marseille Chir.* Année X, n° 4, juil.-sept. 1958, p. 491.
127 — GIARDINA D.-D. et RICHMAN S. — « Diverticulite du côlon descendant faussement diagnostiqué comme carcinome (2 cas). » — *Gastroenterology*, vol. 27, n° 1, juillet 1954.
128 — GILCHRIST R.K. — « Traitement chirurgical de la Diverticulite du côlon. » — *Arch. of Surgery* (Chicago), fév. 1955, pp. 276-279.
129 — GILBERT S. — « Diverticuloses et cancer du côlon. » — *Review of Gastroenterology* (New York), vol. XV, n° 12, déc. 1948.
130 — GIRARD M. — « Sigmoïdites diverticulaires. Traitement. » — *Journal de Médecine de Lyon* - An. 39, n° 913, 20 janvier 1958.
131 — GIRARD M. — « Sigmoïdites diverticulaires. Traitement. » — *J. Méd. Lyon*, 39, 914, pp. 125-130, 5 février 1958.
132 — GIRARD M., CHABAUD et CHASSARD. — « La part de la diverticulose colique dans les hémorragies intestinales des sujets de plus de 60 ans. » — *Arch. des Mal. de l'Ap. Dig. et de la Nutrition*, t. 47, n° 5, mai 1958.
133 — GIRAUD et VERGER. — « Sigmoïdite à forme tumorale. » — *Bordeaux Chir.*, avr. 1954, n° 2, pp. 75-78.
134 — GLENN et HARRISSON. — « Aspects chirurgicaux des Diverticulites. » — *Rev. of Gastro-Enterology*, sept. 1953, pp. 627-642.
135 — GOATCHER P. — « La perforation du sigmoïde. » — *Brit. J. Surg.*, nov. 1953, 41, n° 167, pp. 286-289.
136 — GODIN J.-P.-W.P. — « Les fistules sigmoïdo-vésicales par diverticulose du sigmoïde. » — Thèse, Paris 1957, n° 984, 180 pages.
137 — GODINAUD J. — « Les abcès péri-coliques sigmoïdiens par Diverticulite et diverticulose. » — Thèse, Bordeaux 1957, n° 218.
138 — GONDARD L. — « Considérations sur 42 cas de diverticules du côlon. » — Soc. Gastro-Entér. Montpellier, 26-27 mai 1951 - *Arch. Mal. App. Dig.*, déc. 1951, 40, n° 12, p. 1451.
139 — GOULARD A. (Jr) et HAMPTON A.O. — « Corrélation entre les constatations cliniques pathologiques et radiologiques dans les Diverticulites. » — *The American Journal of Roentgenology, Radiumtherapy and Nuclear Medicine*, vol. 72, n° 1, juillet 1954.
140 — GOUVERNEUR, SOUPAULT et LATIFI. — « Fistules sigmoïdo-vésicales. » — *Journal de Chirurgie*, 1938, 215.
141 — GOUZI J. — « Les diverticules coliques. Aspects chirurgicaux. » — Rapport Soc. Gastro-Entéro. Montpellier, 26-27 mai 1951 - *Arch. Mal. App. Dig.*, déc. 1951, 40, n° 12, pp. 1418-1425.
142 — GOWAN J.J. et WOLF W.I. — « Diverticulite du côlon sigmoïde. » — *Gastro-Enterology*, mars 1952, 21, n° 1, pp. 119-132.

143 — GRANJON P. — « Diverticulite sigmoïdienne occlusive. » — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Marseille*, 24 mai 1943, t. 16, pp. 155-158.
144 — GREGG R.O. — « La place de la colectomie d'urgence dans le traitement des lésions obstructives ou perforées du gros intestin. » — *Surgery*, vol. 37, 5, mai 1955, pp. 754-761.
145 — GREEN W. — « Maladies du sigmoïde. Diagnostic radiologique. » — *Am. Journ. of Surgery*, LXXXV, pp. 348-357, fév. 1948.
146 — GREIG G.W. — « Complications aiguës de la diverticulose colique. » — *Proceedings of the Royal Soc. of Medicine*, déc. 1950, vol. 43, n° 12, pp. 1068-1070.
147 — GRILLO H.-C. et NARDI G.-L. — « Perforation du côlon après lavement dans un anus artificiel. » — *Surgery Gynecology and Obstetrics*, vol. 107, n° 5, nov. 1958, pp. 659-662.
148 — GRIMES et DEAN. — « La Diverticulite du côlon. » — *Int. Surgery Dig.*, 1950, 49, n° 5, pp. 290-292.
149 — GUERET. — « Procédés radiologiques du déroulement du sigmoïde. » — *Arch. Mal. App. Dig.*, juin-juil. 1946, XXXV, n° 6-7, pp. 234-236.
150 — GUILLOT J.-P. — « Sigmoïdite diverticulaire et cancer associés. » (A propos de 9 observations.) — Thèse Lyon, 18 février 1955, n° 91, 72 pages.
151 — GUY et WERELIUS. — « Les complications de la Diverticulite du côlon ; leur traitement chirurgical. » — *Surgery Clin. North.*, 1952, 32, 1, pp. 91-109.
152 — HAAG. — « Les hémorragies de la diverticulose colique. » — Soc. Nat. de Gastro-Entérologie (Séance du 11 mai 1953). - *Arch. des Mal. de l'App. Dig.*, 42, n° 6, pp. 831-833.
153 — HAAR C.S. et BERNHARD W.F. — « Hémorragie du côlon et maladie diverticulaire du côlon. » — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 99, n° 1, juillet 1954.
154 — HAAS P.A. — « Perforation intestinale au cours de la rectoscopie. » — *Zentralblatt für Chirurgie*, vol. 84, n° 30, 25 juillet 1959, pp. 1207-1212.
155 — HARDOUIN J.-P. — « Les Sigmoïdites. » — *Concours Médical*, 27 oct. 1951, 73, n° 43, pp. 3579-3585.
156 — HENDERSON R.G. — « Perforation spontanée du côlon pelvien. » — *The British Journ. of Surgery*, vol. 44, n° 186, janvier 1957, pp. 383-385.
157 — HERMANN L. — « La perforation du gros intestin au cours de la rectoscopie et du lavement. » — *Zentralblatt für Chirurgie*, vol. 84, n° 30, juillet 1959, pp. 1198-1205.
158 — HICKEY R.C. — « Hémorragie massive du côlon par Diverticulite. » — *Gastro-Enterology*, vol. 26, n° 5, mai 1954.
159 — HILLEMAND. — « Diverticulites de l'intestin. » — Traité de Médecine. Masson, édit., Paris, 1948, pp. 628-640.
160 — HORD C.S. et BERCHARD W.F. — « Hémorragies coliques dans la maladie diverticulaire du côlon. » — *Surgery Gynecology and Obstetrics*, juillet 1954, pp. 101-107.
161 — HORNER. — « Etude de la Diverticulite du côlon au cabinet du médecin. » — *Gastro-Enterology*, 1952, 21, n° 2, pp. 223-229.
162 — HOTZ H.W. — « Aspects cliniques des diverticules du côlon. » — *Gastro-Enterologia*, vol. 87, n° 3-4, 1957.
163 — HRADEC E. — « A propos des fistules intestino-vésicales d'origine inflammatoire. » — *Journal d'Urologie*, t. 65, n° 4-5, avril-mai 1959.
164 — HUGUES et SHAW. — « La Diverticulite aiguë du côlon compliquée de péritonite. » — *Journal Med. Austral.*, 1942, 39, n° 8, pp. 259-260.
165 — HYMAN L.J. et FREEDLANDER S.O. — « Le traitement chirurgical de la perforation aiguë (subite) du diverticule du sigmoïde. » — *Am. J. Surg.*, sept. 1951, 82, n° 3, pp. 349-353.
166 — ISNARDI Ch. — « Un cas complexe de pseudo-rétrécissement péri-sigmoïdien (péri-Sigmoïdite ou rétrécissement péri-colique pelvien). » — Aca. de Ch. Sc., 7 mars 1951 - in *Mém. Aca. de Ch.*, 77, 1951, n° 9, p. 293.
167 — ISAACS I. — « Ecoulement dans le péritoine d'un lavement de baryum par une perforation du côlon sigmoïde. » — *The Journal of the American Med. Assoc.*, 150, 7, pp. 645-646.

168 — JACKMAN et BRUE. — « Diverticuloses du côlon. Diagnostic et proctoscopie. » — *The Journ. of the American Med. Assoc.*, vol. 121, n° 14, 3 avril 1943, pp. 1144-1146.
169 — JAMPEL S., DEWING S. et JACOBSON H.G. — « Sigmoïdoscopie et lavement baryté. » — *The Journ. of the American Med. Assoc.*, 154, 2, pp. 121-123.
170 — JASONI D. — « Aspects cliniques de la Diverticulite colo-sigmoïdienne. » — *Arch. Italiano della Mal. dell'App. Dig.*, 1950, vol. 16, fasc. 4, 267.
171 — JENSEN G.L. — « Hémorragie massive par diverticule du côlon. » — *The American Journ. of Surgery*, vol. 95, n° 5, mai 1958, pp. 813-817.
172 — JONES T.E. — « Diverticules et diverticulose colique. » — *Surgery Clin. N.A.*, 1105, oct. 1939.
173 — JOYEUX R. — « La colectomie dans la Diverticulite à forme tumorale et occlusive du côlon iléo-pelvien. » — Soc. de Chirurgie de Montpellier, 18 janvier 1952.
174 — JOYEUX R. — « Sigmoïdites sténosantes et faux diverticules sigmoïdiens. » — *Montpellier Chirurgical*, n° 10, 1956.
175 — JUDD E.S. (Jr). — « Résection prophylactique pour Diverticulite sigmoïdienne récidivante. » — *Surg. Gyn. Obst.*, juillet 1955, 101, n° 1, pp. 105-106.
176 — JUDD E.S. (Jr) et MEARS T.W. — « La Diverticulite. » — *Arch. Surg.*, juin 1955, 70, n° 6, pp. 818-825.
177 — JUDD E.S. et POLLOCK L.W. — « Diverticules du côlon. » — *Ann. Surg.*, 80, 425, sept. 1924.
178 — KADRNKA S. — « Radiographie du côlon en couche mince. » — Encyclopédie médico-chirurgicale. Radio-diagnostic. Tome IV.
179 — KARST A. et HEIN. — « La Néomycine et la Bacitracine dans la préparation opératoire du côlon. » — *Bruns' Beitrage zen Klinischin Chirurgie*, t. 197, n° 4, 1958.
180 — KLEINSASSER L.J. et WARSHAW H. — « Perforation du côlon sigmoïde pendant un lavement baryté. » — *Annals of Surgery*, vol. 136, n° 4, avril 1952, pp. 560-565.
181 — KNICHT Ch.D. — « Hémorragie massive par diverticulose colique. » — *Surgery*, vol. 42, n° 5, nov. 1957, pp. 853-861.
182 — KOHAN S. — « Diverticulite du sigmoïde forme pseudo-tumorale. » — *Sem. Médicale*, 22 déc. 1938, 45, n° 2345, pp. 1463-1467.
183 — KUHNE H. — « Les diverticules du côlon et leurs complications. » — *Zentralblatt für Chirurgie* (Leipzig) - An. 83, n° 14, 5 avril 1958.
184 — KUSS G. — « Remarques au sujet des rétrécissements péri-coliques pelviens pseudo-cancéreux. (A propos de 6 rapports.) » — Aca. de Ch. Sc. du 7 mars 1951 - in *Mém. de l'Aca. de Ch.*, 1951, n° 9, p. 278.
185 — LAGACHE, GAUTHIER et DUPONT. — « Perforation du côlon sigmoïde en péritoine libre. Un cas traité par résection ; un cas traité par suture et dérivation. » — *Lille Chirur.* - An. 7, n° 36, janv.-fév. 1957, pp. 24-27.
186 — LAMPHIER T., TIERNEY et col. — « Fistule vésico-intestinale par Diverticulite. » — *Surgery*, vol. 45, n° 5, mai 1959, pp. 858-867.
187 — LANAHAM Mc S. et GILMORE W.E. — « Perforations spontanées du côlon. » — *Annals of Surgery*, vol. 139, n° 6, juin 1954, pp. 833-837.
188 — LATAIX P. — « Deux cas de perforations spontanées du côlon sigmoïde en péritoine libre. » — *La Sem. des Hôpitaux de Paris*, t. 25, n° 53, 18 juil. 1949, pp. 2279-2281.
189 — LATIFI. — « Fistules sigmoïdo-vésicales. » — Thèse, Paris 1937.
190 — LAURENCE A.E. — « Les progrès de la chirurgie de la Diverticulite colique. » — *La Prensa Medica Argentina*, vol. 54, n° 52, 27 déc. 1957.
191 — LAURENCE A.E. — « Les fistules sigmoïdo-vésicales. » — *La Prensa Medica Argentina*, vol. 55, n° 35, 29 août 1958.
192 — LAVAURS G., CARCASSONNE M. et ZUNINO A.F. — « Les sténoses inflammatoires pseudo-tumorales du sigmoïde. » — Société d'Electro-Radiologie du Littoral Méditerranéen, Marseille, le 27 mars 1960.
193 — LE BAULT. — « Contribution à l'étude de la Diverticulite du côlon sigmoïde. » — Thèse Médecine, Paris 1953. n° 795.

194 — LECUIRE J. — « Appendicite aiguë et perforation sigmoïdienne au cours d'une amibiase autochtone. » — *Lyon Chirurgical*, t. 55, n° 6, nov. 1959, p. 935.

195 — LE FRANÇOIS Ch. — « Traitement chirurgical de la Diverticulite. » — *J. Hôtel-Dieu de Montréal*, vol. 14, n° 6, nov.-déc. 1945, pp. 382-389.

196 — LENGGENHAGER K. — « Le traitement de la Sigmoïdite diverticulaire. » — *Schweizerische Medizinische Vscher.*, juin 1952, 82, n° 25, pp. 657-658.

197 — LENHART C.G. et FLEMING J.P. — « Traitement chirurgical de la Diverticulite du sigmoïde. » — *J. Int. Coll. of Surgeons*, fév. 1954, 19, n° 2, pp. 135-145.

198 — LEPERE J. — « Les Sigmoïdites diverticulaires. Leur traitement chirurgical. » — Thèse, Paris 1955, n° 605.

199 — LEPERE J. — « Les Sigmoïdites diverticulaires. Leur traitement chirurgical. (A propos de 23 cas.) » — *Revue de Chirurgie* - An. 74, n° 9-10, sept-oct. 1955, pp. 276-315.

200 — LEPOUTRE. — « Perforation du côlon sigmoïde. » — *Journal Soc. Méd. Lille*, vol. 62, n° 19, 1944.

201 — LEVY E.I. — « Explosions survenant au cours de l'utilisation du bistouri électrique dans le sigmoïde. » — *The Amer. Journ. of Surg.*, vol. 88, n° 5, nov. 1954, pp. 754-757.

202 — LEWIS J.E. et HURWITZ A. — « Traitement chiurgical de la Diverticulite du sigmoïde. » — *Surgery*, avr. 1953, 33, n° 4, pp. 481-494.

203 — LILLEHEI R.C. et WANGENSTEEN O.H. — « La fonction intestinale après colectomie pour cancer, polypes et Diverticulite. » — *Journ. American Med. Assoc.*, 17 sept. 1955, vol. 159, n° 3, pp. 163-170.

204 — LINDE S.A. — « Diverticulose et Diverticulite. » — *The J. of the Intern. Coll. of Surgeons*, vol. 19, n° 6, juin 1953.

205 — LLOYD-DAVIES O.V. — « La Diverticulite. » — *Proc. of the Roy. Soc. Med. London*, 1953, 46, pp. 407-416.

206 — LOMBRAGE. — « Des Sigmoïdites. Difficultés du diagnostic et leurs complications. » — Thèse Marseille, 1954, n° 76.

207 — LOUREIRO, DE SILVA. — « Perforation recto-sigmoïdienne. » — *Ann. Brasil. Gin.*, t. 23, 1947, 102-106.

208 — LOYGUE J. et SARRAZIN A. — « Les indications chirurgicales au cours des Diverticuloses sigmoïdiennes. » — *Arch. Mal. App. Dig.*, mars 1956, 45, n° 3, pp. 278-293.

209 — LYNN T., FARELL et col. — « Fistule sigmoïdo-vésicale après Diverticulite. » — *Arch. of Surgery*, vol. 76, n° 6, juin 1958.

210 — Mac GOWAN et WOLF. — « Diverticulite du côlon sigmoïde. » — *Gastro-Enterology*, mai 1952, 21, n° 1, pp. 119-132.

211 — MACQUET M., DELANNOY E., SOOTS G. et DEFRANCE G. — « Les fistules entéro-vésicales par Sigmoïdite. » — *Acta Urologica Belgica*, vol. 26, avril 1958, n° 2, pp. 101-105.

212 — MANZOCCHI. — « Forme pseudo-métastatique de la diverticulose du sigmoïde. » — *Chirurgia*, vol. 3, n° 3-4, mars-avril 1948, pp. 142-146.

213 — MARCHAIS J.-P. — « Etude clinique de 6 cas de Sigmoïdite hémorragique d'origine diverticulaire. » — Thèse Paris, mars 1953, n° 171, 73 pages.

214 — MARQUES P., PONS H et PHILIPPE. — « Deuxième rapport radiologique sur la diverticulose des côlons. Diagnostic différentiel. » — Rapport Soc. Gastro-Entéro. Montpellier, 26-27 mai 1951 - *Arch. Mal. App. Dig.*, déc. 1951, 40, n° 12, pp. 1409-1418.

215 — MARSHAK R.H. — « Diverticulite avec abcès et fistule vaginale. » — *Radiology*, vol. 50, n° 1, janvier 1948.

216 — MARUELLE R. — « Formes chirurgicales de la Sigmoïdite. » — Thèse Paris, 1938.

217 — MARUELLE R. — « Quelques aspects des Sigmoïdites. » — *Gaz. Méd. de France*, juin 1941, n° 11, pp. 387-389.

218 — MASMONTEIL F., ALPERINE G. et QUILICI J. — « Appendicite à forme de pseudo-cancer recto-sigmoïdien ou péri-Sigmoïdite appendiculaire. » — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 43, n° 3-4, pp. 76-81.

219 — MASSE Ph. — « Perforation d'un diverticule du côlon sigmoïde en amont d'un cancer recto-sigmoïdien. » — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie,* t. 84, n° 8-9, mars 1958, p. 274.

220 — MATHIEU J., DUMONT M. et GABRIEL H. — « Sigmoïdite gangréneuse, à l'occasion d'un accouchement. » — *Gynéc. Obst.,* 1953, 5, n° 4, 479.

221 — MAYFIELD L. et WAUGH J. — « Fistules sigmoïdo-cutanées résultant de Diverticulite du côlon sigmoïde. » — *Annals Surg.,* 129, n° 2, fév. 1949, pp. 198-206.

222 — MAYFIELD L.H. et WAUGH J.M. — « Fistules sigmoïdo-vésicales résultant de Diverticulite du côlon sigmoïde. » — *Annals of Surgery,* vol. 130, n° 2, août 1949, pp. 186-199.

223 — MAYO C.W. et BLUNT C.D. — « Traitement chirurgical des complications de la Diverticulite du côlon. » — *Surgery Clinic North America,* vol. 130, n° 4, août 1950, pp. 1005-1012.

224 — MAYO C.W. et BLUNT C.D. — « Fistules vésico-sigmoïdiennes compliquant la Diverticulite. » — *Surgery, Gynecology and Obstetrics,* vol. 91, n° 5, nov. 1950, pp. 612-616.

225 — MAYO C.W. — « Diverticulite du côlon. » — *Postgard Med.,* 1950, 8, pp. 368-373.

226 — MAYO W.J. — « Diverticules du gros intestin. » — *Journ. Am. Med. Assoc.,* 69, juillet 1927, p. 781.

227 — MEIXNER H. — « Diverticulite du côlon sigmoïde perforée dans le vagin (cul-de-sac postérieur). » — *Zentralblatt für Gynäkologie* - An. 81, n° 16, 18 avril 1959, pp. 613-618.

228 — MICHEL-BECHET R. — « Atlas de techniques chirurgicales. » — G. Doin et C^ie^, édit., 1958.

229 — MICHELINI R.T. et TRAJTENBERG J. — « Péri-Sigmoïdites simulant le cancer. » — *Prensa Medica Argentina,* vol. 37, n° 47, 8 déc. 1950, pp. 2982-2985.

230 — MONTGOMERY. — « Traitement chirurgical de la Sigmoïdite diverticulaire. » — *North West Medicine,* 52, sept. 1953, pp. 734-738.

231 — MONSERRAT M. et SOSA P. — « Diverticulite gangréneuse. » — *Prensa Medica Argentina* (Buenos-Aires), n° 18, mai 1946.

232 — MOORE R.M. et KIRKSEY D.T. (Jr.) — « La résection en un temps, dans des cas sélectionnés de Diverticulite du sigmoïde. » — *Ann. Surg.,* 139, n° 6, juin 1954, pp. 826-832.

233 — MORAND J. — « Considérations sur le diagnostic et le traitement des Sigmoïdites compliquées. » (A propos de 5 observations cliniques.) — Thèse Paris, 1957, n° 586, 51 pages.

234 — MORENO et GONI. — « Traitement chirurgical des Sigmoïdites. » — *Arch. Argent. de Enfer. App. Digest. y de la Nutricion,* 21, sept-oct. 1946, pp. 409-431.

235 — MORHOUS E.J. — « Diverticules du côlon (274 cas). » — *New York State Journ. of Medicine,* 50, n° 6, 1950, pp. 689-692.

236 — MORI M. — « Contribution à l'étude radiologique de la région recto-sigmoïdienne en incidence de profil. » — Thèse Marseille, 1955, n° 84.

237 — MORIMANN R. et HOFSTETTER. — « Les Sigmoïdites et leurs complications. » — *Helvetica Chirurgica Acta,* vol. 25, fasc. 1, avril 1958.

238 — MORTON J.J. — « Diverticulose et cancer du sigmoïde. » — *Surgery,* vol. 32, n° 5, nov. 1952, pp. 765-783.

239 — MORTON J.J. — « Diverticulite du côlon. » — *An. of Surg.,* vol. 124, n° 4, oct. 1946, pp. 725-745.

240 — MOSIMANN R. et HOFSTETTER J. — « Les perforations du côlon en péritoine libre. » — *Schweizerische Medizinische Wochenschrift,* vol. 87, n° 15, 13 avril 1957, pp. 453-458.

241 — MOUCHET A. — « Sigmoïdites. » — Encyclopédie Médico-Chirurgicale « Estomac-Intestin ». 9075, A. 10, 3, 1957.

242 — MULLER B., HEITZ G., REGENT M. et ROUVES L. — « Diverticulose colique diffuse avec tumeur sténosante du sigmoïde : colectomie totale. » — *Arch. Mal. App. Digest.,* t. 40, n° 4, avr. 1951, pp. 513-516.

243 — MYERS. — « Le diverticule du côlon. » — *Practitionner*, vol. 167, n° 1002, 1951, pp. 629-635.
244 — NASIO J. — « Traitement local des Sigmoïdites. » — *Arch. Argent. de Enferm. App. Digest. y de la Nutricion*, 21, sept.-oct. 1946, pp. 513-522.
245 — NEAL J.W. (Jr.). — « La diverticulose du côlon et son traitement chirurgical. » — *Surgery*, vol. 30, n° 4, oct. 1951, pp. 606-620.
246 — NEAL J. — « Le diverticule du côlon. » — *Revue de Chirurgie de Paris*, vol. 30, n° 4, 1951, pp. 606-620.
247 — NEALY et WOLFF. — « Diverticulite du côlon. » — *Journ. Int. Coll. Surg.*, vol. 17, n° 1, 1952, pp. 92-95.
248 — NICOLAYSEN. — « Les diverticulites coliques et leurs complications. » — *Nordisk Medicin*, 43, n° 20, 19 mai 1950, pp. 842-844.
249 — NOAR R.J. — « Hémorragies comme complications de la Diverticulite. » — *Annals of Surgery*, vol. 141, n° 5, mai 1955, pp. 674-685.
250 — NOER R. — « Diverticulose et Diverticulite. » — *Surgery*, vol. 45, n° 6, juin 1959.
251 — O'BRIEN S.E. et MUSTARD. — « Traitement chirurgical des Diverticulites du côlon sigmoïde. » — *The Canadian Medical Association Journal*, vol. 80, n° 4, 15 févr. 1959.
252 — OREN B.G. — « Diverticulose colique avec coexistence d'un cancer recto-sigmoïdien. » — *South M. J.*, vol. 40, 304, avril 1947.
253 — OTERO J.-P. — « Péritonite par Diverticulite. » — *Arch. Uruguayos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, t. 34, n° 1, 1949, pp. 54-70.
254 — PAILLE J. — « Etude anatomo-chimique de la tuberculose du gros intestin. » — Thèse Toulouse, juin 1948, n° 44, 85 pages.
255 — PANTIN J.-P. et CATALANO H. — « Perforations spotanées du côlon sigmoïde. » — *Afrique Française Chirurgicale*, vol. 17, n° 1, janv.-fév. 1959.
256 — PAPIN. — « Quelques cas de faux cancers coliques gauches. » — *Arch. Mal. App. Dig.*, t. 40, n° 4, avril 1951, 470.
257 — PASCHETTA V. — « Radiographie des diverticules. » — Encyclopédie médico-chirurgicale. Radio-diagnostic. Tome IV.
258 — PASCHETTA V. — « Les diverticules du côlon. Etiologie, morphologie et technique radiologique. » — Rapport Soc. Gastro-Entéro. Montpellier, 26-27 mai 1951 - *Arch. Mal. App. Dig.*, vol. 40, n° 12, déc. 1951, pp. 1403-1408.
259 — PATEL. — « Sigmoïdites et péri-Sigmoïdites. » — Rapport XXVI[e] Congrès de Chirurgie, 6 au 11 oct. 1913 - *Arch. Mal. App. Dig.*, n° X1, 1913, pp. 629-638.
260 — PATEL. — « Sigmoïdites et péri-Sigmoïdites. » — *Revue de Chirurgie*, 1907.
261 — PATEL. — « Sigmoïdite perforante diverticulaire. » — 1° *Lyon Chirurgical*, 121, 1911 ; - 2° *Lyon Chirurgical*, mars 1912 ; - 3° *Lyon Chirurgical*, 218, 1922.
262 — PATTERSON. — « Historique des diverticules de l'intestin. » — *Proc. Royal Soc. Méd.*, 1950, vol. 43, n° 11, pp. 785-789.
263 — PATTERSON C.O. — « Diverticulite du côlon. » — *Gastro-Enterology*, juin 1951, vol. 18, n° 2.
264 — PATTON E.J. — « Chirurgie de la Diverticulite du côlon. » — *Archives of Surgery*, vol. 66, n° 4, avril 1953, pp. 410-416.
265 — PEMBERTON (de) J., BLACK B.M. et MAINO C.R. — « Le progrès dans le traitement chirurgical des Diverticulites du sigmoïde. » — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 85, n° 4, oct. 1947, pp. 523-534.
266 — PICCINI L. — « Etude sur la Sigmoïdite diverticuleuse. » — *Annali Italiani di Chirurgica*, 1952, 29, 12.
267 — PLISSON B. — « Contribution à l'étude des diverticules du côlon. » — Thèse Paris, 1956, n° 87.
268 — PODLESCHKA K. — « Fistule vésico-sigmoïdienne d'origine gynécologique. » — *Zentralblatt für Gynäkologie* - An. 75, 1953, fasc. 38, pp. 1498-1505.
269 — PONKA J., FOX et coll. — « Cancer et diverticule du côlon. » — *Archives of Surgery*, vol. 79, n° 3, sept. 1959.

270 — POIRIER A. et B. — « A propos des diverticules du côlon. » — *Arch des Mal. de l'App. Dig.*, avril 1951, t. 40, n° 4.
271 — PORCHER P. et SAUVEGRAIN J. — « Radiographie. » — Encyclopédie médico-chirurgicale. Radio-diagnostic. Tome IV.
272 — POULIQUEN E. — « Innocuité du lavement baryté judicieusement administré. » — Aca. de Ch. (Séance du 20 mai 1959) - *Mém. Aca. de Ch.*, t. 85, n° 16, 1959, p. 443.
273 — PRAT L., PRAT P.-P. et PASCHETTA. — « Diverticules du côlon iléo-pelvien. » — Masson, Paris, 1942.
274 — PRAT P.-P. — « Le traitement chirurgical des Diverticulites sigmoïdiennes. » — Comm. Soc. Gastro-Entéro. Montpellier, 26-27 mai 1951. « Diverticules coliques. » - *Arch. Mal. App. Dig.*, vol. 40, n° 12, déc. 1951, pp. 1440-1443.
275 — PRAT L. et PASCHETTA V. — « Diverticulose et Diverticulite. » — *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, n° 26, 1930.
276 — PROVENZALE L. — « A propos du traitement moderne radical, en un temps, des diverticules du sigmoïde. » — *Il Policlinico Chirurg.*, vol. 62, n° 4, juil.-août 1955, pp. 189-232.
277 — PUYO, VILLAFANE E. — « Péri-Diverticulite sigmoïdienne. » — *Prensa Med. Argent.*, vol. 37, n° 18, 5 mai 1950, pp. 929-934.
278 — QUENU J. — « Traité de Technique chirurgicale », 1955, t. VI, pp. 915-1155.
279 — RADEMAKER L. et ROYER E.-L. — « Grands abcès diverticulaires du sigmoïde calcifiés et gros. » — *American Journ. of Surgery*, vol. 61, n° 5, mai 1952, pp. 715-716.
280 — RANSON H.-K. — « Les diverticulites du côlon. » — *Gastro-Enterology*, vol. 26, n° 1, janvier 1954, pp. 12-22.
281 — RAUBER G., PERNOT et coll. — « Sigmoïdites malignes primitives. » — *Revue Médicale de Nancy* - An. 78, juillet 1957.
282 — RICHIERI. — « Diverticulose du côlon sigmoïde. » — *Prensa Med. Argent.*, t. 34, 1947, pp. 1720-1730.
283 — ROBIEUX J. — « Le traitement radiothérapique des Sigmoïdites. » — Thèse Paris, 1957, n° 1110.
284 — ROCHE A. et GUARNER. — « Diverticulose digestive multiple. » — *Revista Espanola de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutricion*, t. 9, n° 3, mai-juin 1950.
285 — ROCHE A. et GUARNER. — « Diverticulose et Diverticulite colique. » — — *Rev. Clin. Espana*, 33, n° 3, pp. 184-191.
286 — ROSSER C. — « Idées changeantes concernant la Diverticulite. » — *Journ. Inter. Coll. of Surgeons*, 1950, 14, pp. 52-56.
287 — ROSSIEN A.J., REULING J.R. et LAKES A.N. — « Cinq cent cinquante sigmoïdoscopies. » — *The American Journ. of Digest. Diseases*, 1951, vol. 18, n° 8, pp. 246-250.
288 — ROUX et RAPP. — « Le traitement chirurgical des diverticules du côlon iléo-pelvien. » — Rapport Soc. Gastro-Entéro. Montpellier, 26-27 mai 1951 - *Arch. Mal. App. Dig.*, déc. 1951, vol. 40, n° 12, pp. 1426-1437.
289 — ROUX, CARCASSONNE. — « Les cancers du côlon. » Masson, éditeur.
290 — ROUX et LENOEL. — « Perforation du côlon sigmoïde en péritoine libre. » — *Journal de Chirurgie*, n° 1-4, 1944, pp. 21-31.
291 — ROWE, KOLLEMAR. — « Diverticulite du côlon compliquée d'un cancer. » *International Amstract of Surgery in S.G.O.*, janvier 1952, vol. 94, n° 1, pp. 1-9.
292 — RUIZ, MONTSERRAT et MARTINEZ. — « Gangrène diverticulaire. » — *Prensa Med. Argent.*, vol. 33, 1946, pp. 939-941.
293 — RUSSEL-BERT R. — « Traitement des fistules iléo-sigmoïdiennes dans la Diverticulite. » — *Surgery*, vol. 24, n° 1, juillet 1948, pp. 30-34.
294 — RYAN P. — « Résection et anastomose d'urgence pour Diverticulite du sigmoïde perforée. » — *The British Journal of Surgery*, vol. 45, n° 194, mai 1958, pp. 611-616.

295 — SCHLIKE C.P. et LOGAN. — « Traitement chirurgical des Diverticulites du côlon. » — *The Journ. of American Medical Association*, vol. 169, n° 10, 7 mars 1959, pp. 1019-1024.
296 — SCHMIDT H.G. — « Diverticule colique perforé. Guérison après traitement conservateur. » — *Fortschritte auf dem Gebiets der Rontgen und Rontgenpraxis*, 1953, vol. 78, n° 1, pp. 85-87.
297 — SCHNALL M.D., PHANEUF L.E. et CONWAY J.F. — « Diverticulite aiguë du sigmoïde dans la grossesse. » — *Am. J. Obst. Gyn.*, nov. 1945, 50, pp. 558-559.
298 — SCHOEMACKER. — Congrès de Chirurgie du Caire, 1936.
299 — SEDGWICK C.E. — « Le traitement chirurgical de la Diverticulite et de ses complications. » — *Surgery Clinic North America*, juin 1951, 31, pp. 783-788.
300 — SENEQUE J. — « Le point de vue chirurgical des Sigmoïdites. » — *Journ. des Sciences Médicales de Lille* - An. 69, n° 3, 4 février 1951.
301 — SENEQUE J. et CREPY C. — « Aspects chirurgicaux des Sigmoïdites. » — *Journal de Chirurgie*, t. 66, n° 11, nov. 1950, p. 725.
302 — SERJEANT J.-C.-B. et RAYMOND J.-A. — « Perforation du côlon après administration de baryum. » — *The Lancet*, 1952, 263, 6748, pp. 1245-1246.
303 — SHAIKEN J. — « Diverticulite et cancer du côlon sigmoïde. » — *Gastro-Enterology*, vol. 27, n° 1, juillet 1954, pp. 67-74.
304 — SICARD A. — « A propos des perforations au cours du lavement baryté. » — *Mém. Acad. de Chir.*, t. 85, n° 11, 1959, p. 297.
305 — SILANI. — « Péri-Sigmoïdites suppurées. » — *Arch. Ital. di Chir.*, vol. 67, 1945, pp. 121-137.
306 — SMITH N.D. — « La diverticulose et la Diverticulite. Considérations générales et diagnostic sigmoïdoscopique. » — *Amer. Journ. of Surg.*, 1951, vol. 82, n° 5, pp. 583-586.
307 — SMITH D.W. — « Le traitement chirurgical de la Diverticulite du côlon. » — *Int. Surg. Dig.*, 1953, vol. 55, n° 1, pp. 32-34.
308 — SMITH. — « Traitement chirurgical de la Diverticulite du côlon. » — *American Surgeons*, Baltimore, oct. 1952, pp. 985-991.
309 — SMITHWICK. — « Experiences with the surgical management of diverticulitis of the sigmoïd ». — *Annals of Surgery*, 115, 1942, pp. 969-985.
310 — SOCIETE DE GASTRO-ENTEROLOGIE du Sud-Ouest et du Littoral Méditerranéen. — *Arch. Mal. App. Dig.*, 1951, vol. 40, n° 12, pp. 1387-1461.
311 — SOUPAULT. — « Chirurgie des Diverticulites. » — 1° Congrès du Caire, 1936 ; — 2° *Arch. Mal. App. Digest. et Nutrition*, octobre 1936.
312 — SOUSTELLE J. — « Les Sigmoïdites. » — Thèse Lyon, 1937.
313 — SPANU G. — « Diverticulites aiguës du sigmoïde et péri-Sigmoïdites. » — *Arch. Ital. delle Mal. dell.App. Diger.*, vol. 20, fasc. 4, 1955, pp. 303-310.
314 — STAIKER L.K. et Coll. — « Association de Diverticulite et de cancer du côlon. » — *Amer. Journ. Dig. Dist.*, nov. 1951, vol. 8, n° 2, pp. 440-441.
315 — STALKER et WITTNER. — « Diverticulose et Diverticulite du côlon. Revue de 89 cas. » — *New York State Journal of Medicine*, vol. 47, n° 15, 1er août 1947.
316 — STARKLOFF et BINBENTAL. — « Diverticulite et cancer du côlon. » — *Amer. Surg.*, 1953, vol. 19, n° 1, pp. 59-66.
317 — STONE H.B. — « Diverticulite du côlon. » — *Journal of the Arkansas Medical Society*, 44, août 1953.
318 — STAUSS H. — « Traitement des Sigmoïdites. » — *Ar. Zth Forth.*, octobre 1928.
319 — STRAUSS H. — « Etude clinique des Sigmoïdites. » — Verhandl. A. Gessell. f. Verd. Stoffweh, 1933.
320 — SUTGES CREUS A. — « Diverticulite du sigmoïde. Traitement chirurgical de ses complications. » — *Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutricion*, t. 15, n° 4, juil.-août 1956, pp. 701-711.
321 — SWINTON N.W. — « Aspects chirurgicaux des Diverticulites. » — *Amer. Journ. of Surg.*, vol. 82, n° 5, 1951, pp. 603-610.

322 — SWYNGHEDAUW, LEGRAND et LEPAN. — « Rétrécissement inflammatoire du côlon recto-sigmoïdien. » — *Arch. Mal. App. Dig.*, vol. 42, n° 1, 1953, pp. 87-88.
323 — TAJES V. — « Endoscopie recto-sigmoïdienne. » — *Ar. Argent. de Enferm. App. Digest. y de la Nutricion*, 21, sept.-oct. 1946, pp. 457-467.
324 — TEICHER I. et ABRAHAMS J.L. — « Traitement des polypes multiples, de la polypose familiale et de la diverticulose du côlon par la colectomie totale avec iléo-rectostomie. » — *Surgery Gyn. and Obst.*, vol. 103, n° 2, août 1956, pp. 136-146.
325 — THOMPSON J.W. — « Diverticulites sigmoïdiennes aiguës. » — *The Journal of the Intern. Coll. of Surg.*, vol. 17, n° 1, janv. 1952, pp. 52-64.
326 — THUNIG. — « Diverticulite compliquée du sigmoïde. » — *Am. Journ. of Surgery*, vol. 64, n° 3, juin 1944, pp. 386-399.
327 — TRICONI G. — « Diverticulite asymptomatique du côlon avec rétention exceptionnellement prolongée des aliments ingérés. » — *Policlinico Sez. Prat.*, vol. 52, n° 6, 1950, pp. 189-192.
328 — TURREL et GARSON. — « Sigmoïdoscopie et biopsie. » — *New York State Journ. of Med.*, 50, 1950, pp. 89-92.
329 — UDAONDO B. et CASTEX. — « Sigmoïdite infiltrante et diverticulaire. » — *Arch. Argent. de Enferm. App. Digest. y de la Nut.*, 21, sept.-oct. 1946, pp. 385-408.
330 — UDAONDO B. et CASTEX. — « Sigmoïdite infiltrante. » — *Ar. Dispen. Pub. Nac. para Enferm. de Ap. Digest.*, 1944, pp. 81-116.
331 — UDAONDO B. — « Sigmoïdites infiltrantes et diverticulaires. » — *Revista Española de las Enferm. del Ap. Digest. y de la Nut.*, vol. 7, n° 1, janv.-fév. 1948, pp. 251-269.
332 — UDAONDO B. et ALOTTO (D') V. — « Sigmoïdite diverticulaire. Ses rapports avec le cancer. » — *Prensa Med. Argent.*, vol. 37, n° 35, 1er sept. 1950, pp. 2023-2027.
333 — ULIN A.W., SOKOLIC et THOMPSON. — « Hémorragie massive des Diverticulites coliques. » — *Annals of Intern. Med.*, vol. 50, n° 6, juin 1959.
334 — URIBURU. — « Traitement des perforations sigmoïdiennes. » — *Arch. Argent. de Enferm. de Ap. Digest. y de la Nut.*, t. 21, 1946, pp. 504-512.
335 — URIBURU. — « Perforation pathologique du côlon. » — *Cirurgia*, t. 43, 1947, pp. 1148-1151.
336 — VAGUE J. — « Etiologie et pathogénie des diverticules coliques. » — *Arch. Mal. App. Dig.*, vol. 40, n° 12, déc. 1951, pp. 1387-1398 - Soc. Gastro-Entéro. Montpellier, 26-27 mai 1951.
337 — VAGUE J. — « Néoplasme végétant et sténosant du sigmoïde. Nombreux diverticules associés. » — Comm. Soc. Gastro-Entéro. Montpellier, 26-27 mai 1951. - *Arch. Mal. App. Dig.*, vol. 40, n° 12, déc. 1951, pp. 1456-1457.
338 — VAN DER LINDEN F. — « Le traitement de la Sigmoïdite diverticulaire et de ses complications. » — *Acta Chirurgica Belgica* - An. 57, n° 8, juin 1958.
339 — DE VERNEJOUL R. — « Diverticulite pseudo-néoplasique du sigmoïde perforée dans la vessie. » — Comm. Soc. Gastro-Entéro. Montpellier, 26-27 mai 1951. - *Arch. Mal. App. Dig.*, vol. 40, n° 12, déc. 1951, pp. 1443-1444.
340 — VILLAFANE E.P. — « Péri-Diverticulite sigmoïdienne. » — *La Prensa Med. Argent.* (Buenos-Aires), vol. 37, n° 18, 5 mai 1950.
341 — WAGNER. — « Les Diverticulites hémorragiques du gros intestin. » — Thèse Paris, 1936.
342 — WAUGH J. et WALT. — « Résection en un temps des Diverticulites du sigmoïde. » — *Surg. Gyn. and Obst.*, vol. 104, n° 6, juin 1957, pp. 690-698.
343 — WEINSTEIN et ROBERTS. — « Perforation spontanée du côlon. » — *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, vol. 149, n° 11, 1952, pp. 1016-1017.
344 — WELCH C.E., ALLEN A.W. et DONALDSON G.A. — « La résection du côlon pour Diverticulite du sigmoïde. » — *Ann. Surg.*, sept .1953, vol. 138, n° 3, pp. 332-343.
345 — WELCH C.F. — « Les Diverticulites du côlon. » — *The Amer. Journ. of Gastro-Enterology*, vol. 29, n° 4, avril 1958.

346 — WEST J.P. — « Traitement chirurgical de la Diverticulite du côlon pelvien. » — *New York State J. of Med.*, vol. 52, n° 3, 1er fév. 1952, pp. 329-332.
347 — WESTDAHL P.R. — « Cæcostomie et colostomie dans les occlusions du côlon gauche. » — *The Amer. Journ. of Surg.*, vol. 96, n° 2, août 1958.
348 — WIGH et SWENSON. — « Aspects radiologiques de la Diverticulite et ses complications. » — *Amer. Journ. of Surg.*, vol. 82, n° 5, 1951, pp. 587-596.
349 — WILLIAM J. et THOMPSON. — « Diverticulites sigmoïdiennes aiguës. » — *The Journ. of the Intern. Coll. of Surg.*, vol. 17, n° 1, janvier 1957, pp. 52-64.
350 — WILSON E. — « Résection du côlon pour Diverticulite. » — *The Australian and New Zealand Journal of Surgery*, vol. 24, n° 1, août 1954.
351 — WILSON L.B. — « Diverticules de l'intestin terminal. Leur développement et leur parenté avec le cancer. » — *Ann. Surg.*, 53, 223, fév. 1911.
352 — WITTE D.H., OWITT et CONWAY. — « Conduite chirurgicale à tenir dans les Diverticulites. » — *The Journ. of the Inter. Coll. of Surg.*, vol. 19, n° 1, janvier 1953.
353 — WOLFE F.D. — « Fistules coliques. » — *The Journ. of the Intern. Coll. of Surg.*, vol. 30, n° 6, déc. 1958.
354 — YEOMANS. — « Valeur diagnostic de la sigmoïdoscopie et de la biopsie. » — *Am. Journ. of Surg.*, oct. 1939, pp. 123-125.
355 — YODICE et GARCIA MATA. — « Importance de la radiologie dans le diagnostic des lésions du sigmoïde. » — *Dia Medico*, vol. 24, n° 7, 1952, 148.
356 — YODICE, CIARLO, MATA. — « Sigmoïdite consécutive à la diverticulose. » — *Arch. Argent. de Enferm. Ap. Digest. y de la Nut.*, 21, sept.-oct. 1946, pp. 523-528.
357 — YOUNG J.M. et BECKETT-HOWORTH M. (Jr.). — « Hémorragie massive dans une diverticulose : explication causale possible avec présentation d'un cas d'indication chirurgicale. » — *Ann. of Sugery*, vol. 140, n° 1, juillet 1954.
358 — ZORILLA J.I. — « A propos de la diverticulose colique et de ses complications. » — *Revista Clinica Española*, vol. 45, n° 2, 1952, pp. 83-89.

II. — BIBLIOGRAPHIE SELON LES DIFFERENTES RUBRIQUES

Nous n'indiquons ici que les numéros correspondant à la Bibliographie précédemment donnée.

1° *SUR LES SIGMOIDITES.*
N°s : 8 - 14 - 24 - 25 - 46 - 51 - 54 - 61 - 70 - 88 - 91 - 114 - 122 - 130 - 150 - 155 - 198 - 199 - 206 - 216 - 237 - 241 - 259 - 260 - 266 - 281 - 298 - 312 - 319 - 329 - 330 - 331 - 356.

2° *SUR LES SIGMOIDITES TUBERCULEUSES.*
N°s : 38 - 80 - 99 - 254.

3° *SUR LES SIGMOIDITES AMIBIENNES.*
N°s : 72 - 194.

4° *SUR LA DIVERTICULOSE ET LES DIVERTICULITES.*
N°s : 44 - 48 - 50 - 53 - 58 - 73 - 77 - 92 - 95 - 96 - 102 - 108 - 111 - 119 - 125 - 138 - 139 - 142 - 148 - 159 - 161 - 162 - 168 - 170 - 172 - 176 - 177 - 183 - 193 - 204 - 205 - 210 - 212 - 225 - 226 - 235 - 239 - 242 - 243 - 245 - 246 - 247 - 248 - 250 - 252 - 258 - 262 - 263 - 267 - 270 - 273 - 274 - 275 - 277 - 280 - 282 - 284 - 285 - 286 - 297 - 298 - 306 - 310 - 313 - 315 - 317 - 325 - 327 - 336 - 340 - 345 - 349 - 358.

5° *SUR LA RADIOLOGIE.*
N°s : 1 - 21 - 27 - 60 - 63 - 107 - 145 - 149 - 169 - 178 - 192 - 214 - 236 - 257 - 258 - 271 - 272 - 348 - 355.

6° *SUR LES PERFORATIONS DU LAVEMENT BARYTE.*
N°s : 7 - 124 - 126 - 147 - 167 - 180 - 272 - 302 - 304.

7° *SUR LA RECTOSIGMOIDOSCOPIE.*
N^os : 43 - 112 - 169 - 201 - 287 - 323 - 328 - 354.

8° *SUR LES PERFORATIONS AU COURS DE LA RECTOSCOPIE.*
N^os : 154 - 157.

9° *SUR LES COMPLICATIONS EN GENERAL.*
N^os : 12 - 13 - 37 - 76 - 78 - 123 - 146 - 151 - 183 - 233 - 237 - 248 - 320 - 326.

10° *SUR LES ABCES.*
N^os : 3 - 137 - 279 - 305.

11° *SUR LES SIGMOIDITES CHIRURGICALES.*
N^os : 47 - 74 - 105 - 117 - 134 - 141 - 216 - 300 - 301 - 321.

12° *SUR LES SIGMOIDITES GANGRENEUSES.*
N^os : 14 - 220 - 231 - 292.

13° *SUR LES PERITONITES PAR PERFORATION.*
N^os : 10 - 16 - 29 - 39 - 62 - 86 - 90 - 103 - 115 - 116 - 126 - 135 - 164 - 165 - 185 - 200 - 207 - 219 - 227 - 240 - 253 - 261 - 290 - 294 - 296 - 334 - 335.

14° *SUR LES PERFORATIONS SPONTANEES DU SIGMOIDE.*
N^os : 75 - 156 - 187 - 188 - 255 - 343.

15° *SUR LES HEMORRAGIES.*
N^os : 4 - 30 - 56 - 71 - 82 - 97 - 106 - 110 - 121 - 132 - 152 - 153 - 158 - 160 - 171 - 181 - 213 - 249 - 333 - 341 - 357.

16° *SUR LES FISTULES VESICO-INTESTINALES.*
N^os : 2 - 22 - 35 - 69 - 80 - 81 - 83 - 89 - 101 - 136 - 140 - 163 - 186 - 189 - 191 - 209 - 211 - 222 - 224 - 268 - 339 - 353.

17° *SUR LES FISTULES ILEO-SIGMOIDIENNES.*
N^os : 36 - 293.

18° *SUR LES FISTULES SIGMOIDO-VAGINALES.*
N^os : 215 - 227.

19° *SUR LES FISTULES SIGMOIDO-CUTANEES.*
N° : 221.

20° *SUR LES FORMES PSEUDO-TUMORALES.*
N^os : 52 - 57 - 79 - 84 - 133 - 182.

21° *SUR LES FORMES STENOSANTES.*
N^os : 49 - 58 - 118 - 143 - 166 - 174 - 322.

22° *SUR LES OCCLUSIONS DU GRÊLE.*
N° : 41.

23° *SUR LES SIGMOIDITES ET CANCER.*
N^os : 31 - 32 - 42 - 67 - 84 - 93 - 98 - 100 - 113 - 120 - 127 - 129 - 184 - 212 - 218 - 219 - 229 - 238 - 256 - 269 - 281 - 291 - 303 - 314 - 316 - 332 - 337 - 351.

24° *SUR LE TRAITEMENT.*
N^os : 5 - 6 - 17 - 18 - 19 - 20 - 23 - 28 - 33 - 34 - 45 - 55 - 64 - 65 - 66 - 68 - 74 - 85 - 87 - 94 - 104 - 128 - 130 - 144 - 151 - 165 - 173 - 175 - 190 - 195 - 196 - 197 - 198 - 199 - 202 - 203 - 208 - 223 - 230 - 232 - 233 - 234 - 242 - 244 - 251 - 264 - 265 - 276 - 283 - 288 - 289 - 295 - 299 - 307 - 308 - 309 - 311 - 318 - 320 - 334 - 338 - 342 - 344 - 346 - 347 - 350 - 352.

25° *SUR LA TECHNIQUE CHIRURGICALE.*
N^os : 228 - 278.

III. — LA NEOMYCINE EN CHIRURGIE COLIQUE

Bibliographie

ANONYME. — « La Néomycine dans le traitement des infections intestinales. » — *Journ. de Méd. de Bordeaux* (août 1956), 133, n° 8, 806.

ANONYME. — « Faut-il stériliser le tube digestif avant une intervention chirurgicale. L'intérêt provisoire de la Néomycine. » — *Méd. et Hygiène* (10 octobre 1955), 13, n° 306, 379 - in *Sem. des Hôp.* (10 avril 1956), n° 22, 1286.

BOLIEN A. — « Chirurgie du côlon et oxytétracycline + Néomycine. » — *Le Scalpel* (23 novembre 1957), 110, n° 47, 1077-81.

BOSGIRAUD B. — « Contribution à l'étude de la Néomycine utilisée par voie orale et par voie locale. » — Thèse (Bordeaux, 1957).

COHN I., DON LAGFORD, RIVES J.-D. — « Rôle des antibiotiques dans les anastomoses du côlon. » — *Surg. Gynecol. Obst.* (janvier 1957), 104, 1-7.

COHN I., LONGACRE A.B. — « Stérilisation pré-opératoire du côlon. » — *Antib. annual,* 1956-1957, 253-64.

COHN I. — Antibiotics for colon surgery. » — *Gastroenterology* (1958), 35, 583, - in *Surgery Gynec. Obst.* (août 1959), 109, n° 2, 159.

COX R.S., HANNON J.L. — « Valeur de la Néomycine + Nystatine pour la suppression des moniliases dans la préparation intestinale pré-opératoire. » — *Antib. ann.* (1957-1958), 658-66, 19 réf.

DAVIS J.H. et coll. — « Préparation à la chirurgie intestinale par la Néomycine. » — *Surgery* (mars 1954), 3, 434-39.

ELANSKY M.N., SMELON N.S., CHORINTE W.A. — « Emploi clinique de la Colimycine (Néomycine .russe ». — *Klinitcheskaja Medicina* (revue russe), décembre 1957, XXV, n° 12, 8-15.

ENJALBERT L. (Mme), NONNIER J., POUILHES J., SARRAZIN R., LARENG L. — « La préparation par la Néomycine associée ou non à d'autres antibiotiques dans la chirurgie intestinale. » — Société de Chirurgie de Toulouse (30 janvier 1957) - in *Antibiotiques* (15 mars 1957), p. 60.

ESPILONDO J. — « Contribution à l'étude de la Néomycine dans la préparation à la chirurgie intestinale. » — Thèse (Toulouse, 1958).

FRANCILLON J., GENEST et PELLERAT. — « Un an d'utilisation de la Néomycine en chirurgie intestinale. » — Soc. de Chirurgie de Lyon (20 janvier 1955) - in *Lyon Chirurgical* (juillet 1955), 50, n° 5, 582-86.

GROSDIDIER (J.), GILLE P. — « L'utilisation de la Néomycine en chirurgie colique. » — *Sem. des Hôp. Paris* (Annales de Chirurgie), juillet 1956, 32, n° 7.

HUNT T. — « Advance in gaestroenterology. » — *The Practitioner* (octobre 1958), 181, n° 1084, 438-45.

JACQUIN-COTTON L. — « Contribution expérimentale à l'étude de l'aseptisation extemporanée de l'intestin par la Néomycine. » — Thèse (Bordeaux, 1956.)

LENG-LEVY J., LABORIE E. — « La Néomycine utilisée par voie orale et locale. » — *Journ. Méd. de Bordeaux* (janvier 1958), 135, n° 1, 24-31.

MASSE C., SENTUCQ et JACQUIN-COTTON. — « Aseptisation du contenu intestinal par une solution de Néomycine apportée directement au contact de la muqueuse. » — Société Anatomo-Clinique (séance du 8 avril 1957) - in *Bordeaux Chirurgical* (juillet 1957), fasc. 3, 169, 71.

MELENEY K.L., JOHNSON B.A. — « Antisepsie du tractus digestif par Néomycine + Bacitracine par voie orale. » — *Antib. ann.,* 1956-1957, 244-52.

MILBERG et coll. — « Efficacity of preoperative bowel preparation with single and combined use of antibiotics. Evaluation of Neomycin-Oxytetracycline preparation of the bowel for surgery. » — *Antibiotics annual,* 1954-55, 462-67.

POTH E.J., FROMM S.M., WISE R.I. et CHINN MINH SIANG. — « Néomycine, un nouvel antiseptique intestinal. » — *Texas Rep. Biol. Med.* (1950), 8, n° 3, 353-60.

POTH E.J. — « Antisepsie intestinale en chirurgie. » — *J.A.M.A.* (26 décembre 1953), 153, n° 17, 1516-21.

POTH E.J. — « Antisepsie intestinale. » — *West. J. Surg. Obst. Gynecol.* (mai 1952), 40, 205-10.

POTH E.J. — « The promotion of healing following intestinal surgery. » — *The Military Surgeon* (mai 1949), 358-61.

ROWLANDS B.C., SCORER E.M. — « Utilisation de la Néomycine pour la préparation de la chirurgie intestinale. » — *The Lancet* (5 novembre 1955), CCLXIX, n° 6897, 950-52.

SCHATTEN W.E., DE SANCTIS A.L., ABBOT W.E. — « Administration intrapéritonéale de Néomycine dans le traitement de la péritonite. Observations expérimentales et cliniques. » — *Antib. ann.*, 1954-1955, 691-98.

SINGLETON A.O., DAVIS D., JULIAN J. — « The prevention of wound infection following contamination with colon organisms. » — *Surgery Gyn. Obst.* (avril 1959), 108, n° 4, 389.

SPAULDING E.H., TYSON R.R., HARRIS M.J., JACOBS B., WILDRICK L., JOHNSON K.O. — « Etude de l'asepsie intestinale : Néomycine et Nystatine. » — *Antib. ann.* (1956-1957), 236-43.

PRIGOT A., AUBRE (de) I., MAYNARD, AVECILLA M. — « La Néomycine par voie intra-péritonéale comme adjuvant à la chirurgie dans le traitement de la péritonite généralisée. » — *Antib. annual* (1955-1956), 122.

TCHISKON M.A., PETRON E.M. — « Emploi de la Néomycine en chirurgie. » — *Antibiotiques* (revue russe), mars-avril 1957, 11, n° 2, 57-60.

WAISBREN B., SPINK. — « Appréciation clinique de la Néomycine. » — *Ann Intern. Méd.* (novembre 1950), 33, n 5, 1099-1199.

WHITE M.S., WAUGHN A.M. — « Foreign body (drinking glass) in the rectum. » — *J.A.M.A.* (26 décembre 1959), 171, n° 17, 2307-09.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.